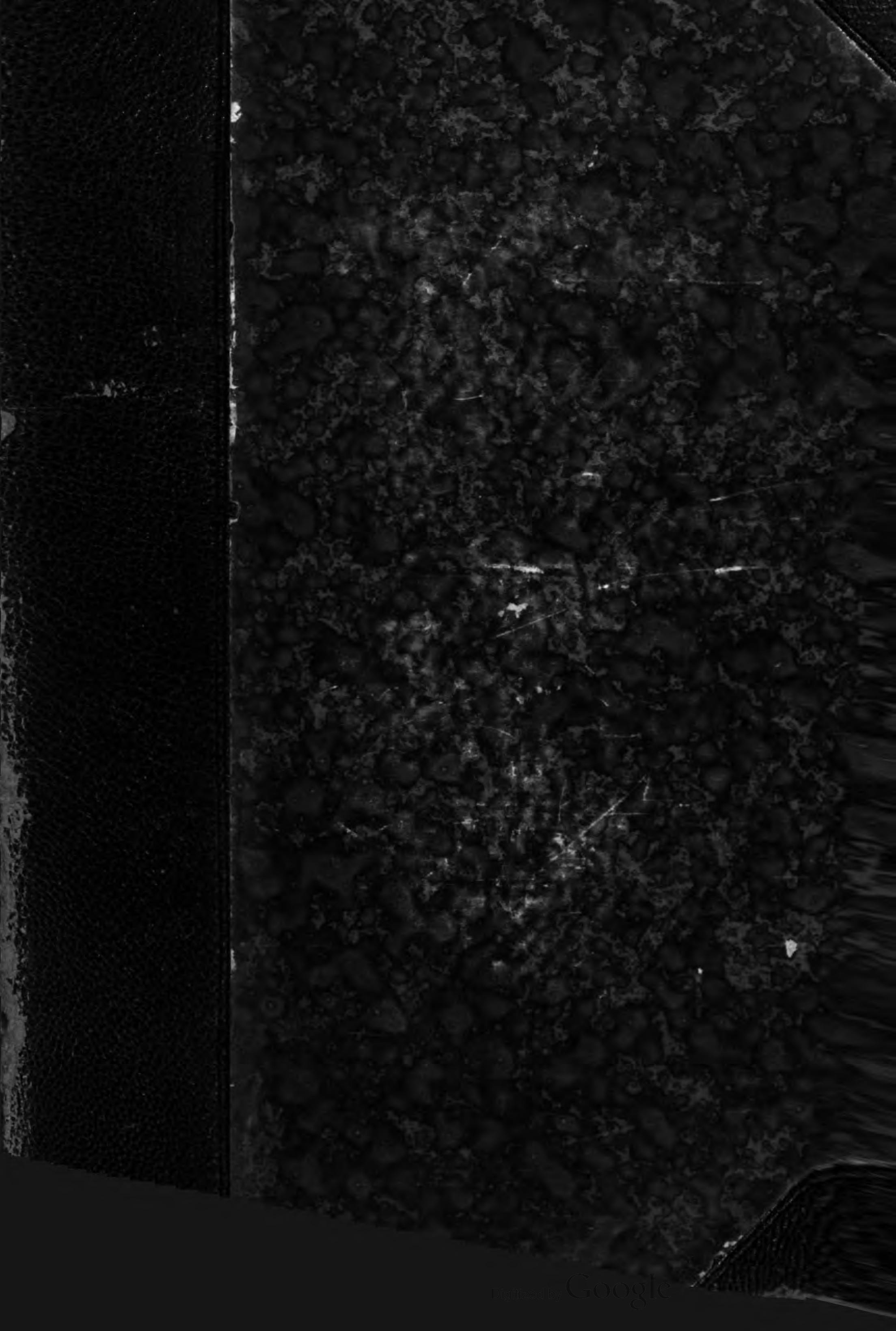
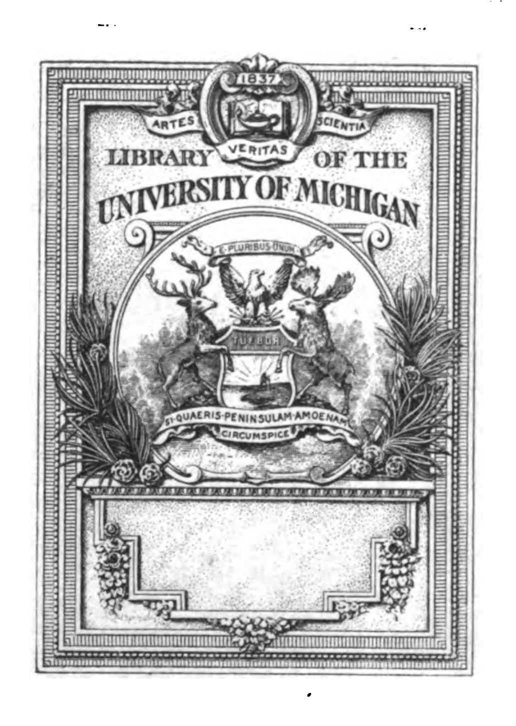



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin,
F. König, in Berlin,
E. Richter, in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.
1899.

Originalmittheilungen.



Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 27, welche den Bericht über den XXVIII. deutschen Chirurgen-Kongress enthält.)

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.) Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 27, welche den Bericht über den XXVIII. deutschen Chirurgen-Kongress enthält.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. **Sonnabend, den 7. Januar.** **1899.**

I. Ein einfacher Kraniometer.

Von

Prof. Dr. **Krönlein.**

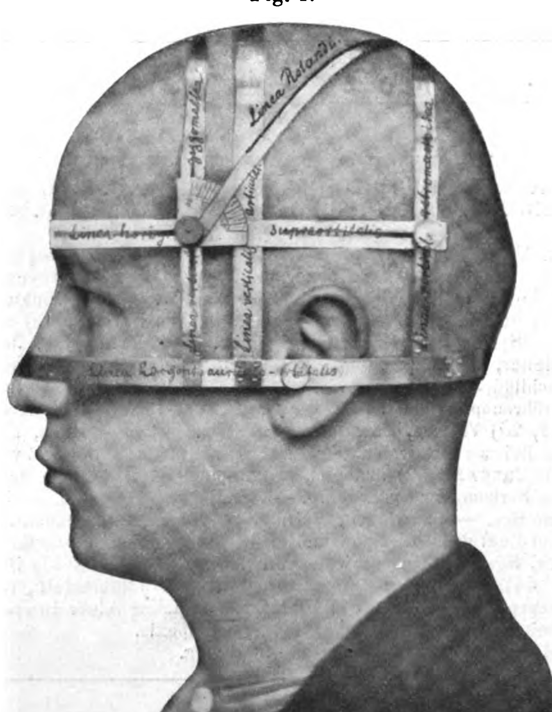
Vor Kurzem habe ich[1] für die wichtigsten kranio-cerebralen Ortsbestimmungen eine einfache Konstruktion angegeben, welche vor vielen Anderen den Vorzug hat, dass sie sich auf keine absoluten Zahlenwerthe stützt, sondern bloß mit relativen Werthen rechnet, welche »proportional sind den Größenverhältnissen des Schädels und des Gehirns und je nach dem konkreten Falle mit diesen variiren«.

[1] Beiträge zur klin. Chirurgie 1898. Bd. XXII: Krönlein, Zur kranio-cerebralen Topographie.

Es ist, wie ich gezeigt habe, möglich, mit Hilfe dieser Konstruktion gleichzeitig topographisch festzustellen:

1) Die Theilungsstelle der Fissura Sylvii.
2) Das obere Ende der Fissura Sylvii.
3) Das untere Ende des Sulcus centralis.
4) Das obere Ende des Sulcus centralis.
5) Die beiden Krönlein'schen Trepanationsstellen für die Aufsuchung der Hämatome der Arteria meningea media.
6) Die v. Bergmann'sche Schädelresektionsstelle für die Aufsuchung otitischer Abscesse im Schläfenlappen.

Fig. 1.



Um sicher und rasch die Konstruktion am Kopf des zu operirenden Pat. entwerfen zu können, habe ich einen Kraniometer anfertigen lassen, welcher nach einer Photographie in situ hier abgebildet ist.

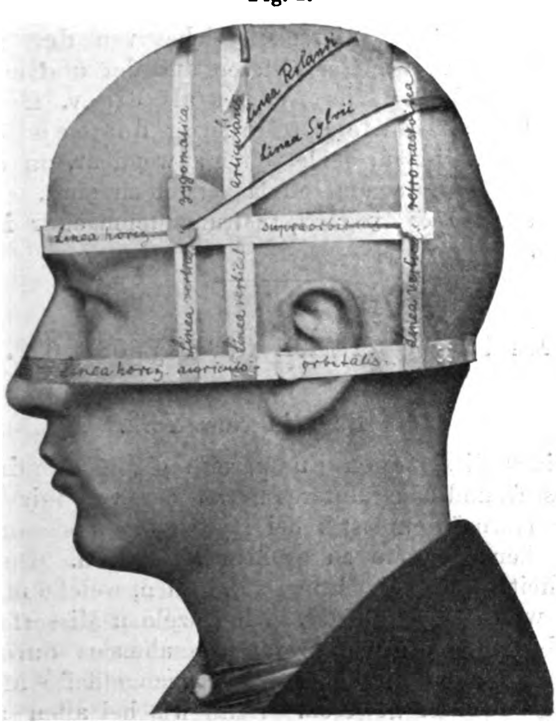
Es ist eigentlich nichts Anderes als die Verkörperung des Liniensystems meiner Konstruktion, und seine Anwendung ist sofort Jedem verständlich, welcher jene kennt. Es genügen darum auch folgende kurze erläuternde Bemerkungen:

Das Instrument besteht aus 6 auf der Fläche biegsamen Metallspangen, welche dem Kopf sich anschmiegen lassen. Als Basis des ganzen Instruments dient die untere horizontale Spange, welche auf

ihrer inneren, dem Kopf anliegenden Seite einen kurzen Metallzapfen trägt, der in den äußeren Gehörgang geschoben wird. Will man nun meine Konstruktion ausführen, so legt man diese untere Spange parallel der Linea horizontalis auriculo-orbitalis um den Kopf; die mittlere der 3 vertikalen Metallspangen, mit der eben genannten horizontalen Spange im rechten Winkel fest verbunden, kommt dann ohne Weiteres in die Linea verticalis articularis zu liegen; denn ihr unteres Ende liegt ganz nahe vor dem Ohrzapfen, d. h. über dem Kiefergelenk. Ist das Instrument so an die Kopfseite angelegt und fest gehalten, so bleibt nur noch übrig, die übrigen mobilen Spangen



Fig. 2.



in die Richtung der entsprechenden Linien meiner Konstruktion zu bringen; man schiebt also die vordere vertikale Spange bis auf die Mitte des Jochbogens und markirt so die Linea verticalis zygomatica, dann die hintere vertikale Spange bis zum hintersten Punkte der Basis des Processus mastoideus und markirt so die Linea verticalis retro-mastoidea. Dann schiebt man die obere horizontale Spange bis in die Höhe des Supraorbitalrandes und fixirt sie in dieser Lage durch die hintere Stellschraube. Der Verlauf entspricht dann der Linea horizontalis supra-orbitalis. Jetzt bleibt nur noch übrig, die schräge, im Kreuzungswinkel der vorderen vertikalen und oberen horizontalen Spange drehbare Spange (Winkelspange) nach dem

Punkt zu richten, wo die hintere vertikale Spange den Scheitel schneidet, und ihr Verlauf zwischen mittlerer und hinterer vertikaler Spange entspricht der Linea Rolandi. In dem Falle, welcher der Abbildung zu Grunde lag, bildete diese Linea Rolandi mit der oberen Horizontalen einen Winkel von 60°. Halbirt man diesen Winkel — was mit Hilfe der Gradskala an dem Instrument sofort geschehen kann —, so bedeutet die Halbirungslinie von der Spitze des Winkels bis zur hinteren Vertikalen die Linea Sylvii.

Ferner entsprechen die beiden Kreuzungsstellen der oberen horizontalen Spange mit der vorderen und der hinteren vertikalen Spange den von mir angegebenen Trepanationsstellen für die Aufsuchung supraduraler Hämatome der Arteria meningea media. Und endlich bedeutet das Viereck, welches von der mittleren und hinteren vertikalen so wie der unteren und der oberen horizontalen Spange begrenzt wird, nichts Anderes als die v. Bergmann'sche Resektionsstelle für die Bloßlegung des Schläfenlappens.

Das Instrument ist für beide Seiten anwendbar, da der Ohrzapfen und die Winkelspange sammt Skala verstellbar sind. Es kann von der Firma: Hanhart & Ziegler, Instrumentenmacher in Zürich, bezogen werden.

II. Zur Operation der Hypospadie.

Von

Carl Beck in New York.

Bei meiner diesjährigen Europareise gereichte mir die Wahrnehmung des freundlichen Interesses an der von mir angegebenen Methode der Harnröhrenplastik bei Hypospadie insbesondere seitens meiner deutschen Kollegen zu großem Vergnügen. Dabei bot sich mir Gelegenheit, eine Beobachtung zu machen, welche mir besonderer Betrachtung werth zu sein dünkt. Die einzelnen Misserfolge nämlich, welche mir berichtet wurden, waren ausnahmslos durch die ungenügende Ablösung und in Folge dessen mangelhafte Mobilmachung der Harnröhre bedingt gewesen. Denn wie bei allen anderen Plastiken rächt sich auch hier jede gewaltsame Adaption der Wundränder. Die Conditio sine qua non eines vollen Erfolgs ist: Glatte Wundränder und Vermeidung jeglicher Spannung!

Seit meiner ersten Veröffentlichung (New Yorker med. Monatsschrift 1897, November — New York med. journal 1898, Januar) versuchte ich das kosmetische Resultat in so fern zu verbessern, als ich vermittels eines feinen Stichmessers vorsichtig hinter dem distalen Ende der Penisrinne einging, um am proximalen Ende wieder auszustechen. Durch den auf diese Weise geschaffenen Wundkanal wurde die mobilisirte Harnröhre durchgezogen und an der Eichelspitze in derselben Weise, wie ursprünglich angegeben, befestigt. Die nun nach außen gedrängte Rinnenwand bildete nun den mäßig

dicken Mantel der lateralen Harnröhrenfläche. Der untere Wundrand des emporgehobenen Rinnenmantels wurde nun mit den Hauträndern vernäht.

Quoad functionem ist der Unterschied zwischen der ursprünglich von mir empfohlenen Methode und dieser Modifikation unbeträchtlich. Jedenfalls aber möchte ich sie schon wegen der geringeren Narbenbildung und Retraktion der von Bardenheuer im Centralblatt für Chirurgie (1898 No. 44) angegebenen Modifikation meines Verfahrens, welche in der Durchstoßung der Corpora cavernosa mittels Trokars und Durchführung der mobilisirten Harnröhre besteht, den Vorzug geben.

III. Fiber, ein ideales Schienenmaterial.

Von

Dr. **Alex C. Wiener,**

Prof. der orthopädischen Chirurgie in Chicago, Clinical School.

Seit mehreren Jahren arbeite ich mit einem Material, dessen vielseitige Verwendbarkeit für Schienen, Hülsen für ambulante Extensionsapparate und als Verstärkung der Gips-Leimverbände mir erlaubt, Fiber nunmehr auch den deutschen Ärzten auf das angelegentlichste zu empfehlen. Fiber wird von den Elektrikern schon lange zum Isoliren benutzt und findet, wasserdicht gemacht, immer mehr Verwendung im täglichen Leben als Tischplatten, Waschgefäße, Eimer, Fässer etc. Die Herstellung ist ein Geheimnis, es kommt in verschieden mächtigen Platten, von der Dicke des Pergamentpapiers bis zu 1 cm Dicke vor. Die Farbe ist meist indianerroth, doch wird es auf besondere Bestellung schwarz und grau geliefert. Das beste und für chirurgische Zwecke einzig brauchbare Produkt liefert die Kartavest Fibre Company unter dem Namen »Flexible Sheet Kartavest«. Nach langem Probiren benutze ich jetzt zur Herstellung der Schienenhülsen das 1,5 mm dicke Material. Die Überlegenheit der Schienenhülsenapparate über alle anderen Vorrichtungen wird wohl von keinem Chirurgen bestritten. Doch sind sie wegen der kostspieligen und schwierigen Herstellung der Hülsen aus halbgarem Leder nur den wohlhabenderen Klassen zugänglich, während der Chirurg sich bei der Mehrzahl seiner Pat. mit billigen Vorrichtungen behelfen muss, so gut es eben geht. Gewisse Institute glaubten ein Monopol auf die Herstellung der Schienenhülsenapparate zu haben und nutzten ihren Einfluss gegen die Interessen und das Ansehen der Ärzte gehörig aus. Mit Einführung des Fiber, das in mancher Beziehung dem Leder ähnlich ist, sind die Chirurgen in den Stand gesetzt, ihre Apparate selbst herzustellen, da die Schwierigkeit in der Verarbeitung des Leders zu Hülsen gänzlich in Wegfall kommt.

Das Fiber, das im gewöhnlichen Zustand schwer zu schneiden und elastisch biegsam ist, wird nämlich in heißem Wasser plastisch

und weich, wobei es etwas aufquillt und sich wie ein Stück weiches Leder handhaben lässt. Um rasch zum Ziele zu kommen, oder um es aseptisch zu machen, kann es ohne Schaden in siedendes Wasser gebracht werden. In diesem schmiegsamen Zustand nun um eine Extremität, z. B. den Oberschenkel, gelegt und mit Binden befestigt, giebt es getrocknet und dann abgenommen die Konfiguration des Gliedes wieder. Freilich nicht so genau als im gegebenen Augenblick eine Lederhülse thun würde. Doch was schadet das? Wie lange bewahrt überhaupt eine Extremität, besonders bei Kindern, einen eben ermittelten Umfang. Man erinnere sich nur an die rapide Abnahme des Umfangs eines Beines, das wegen Coxitis tuberculosa im Extensionsapparat aufgehängt werden musste. Wie bald schon schlottert da der Oberschenkel in der Lederkapsel, die mit so viel Mühe und Kosten hergestellt war. Eine Fiberhülse ist mit der Schere leicht verengt, oder wenn das nicht angeht, ist eine den veränderten Verhältnissen angepasste neue Kapsel mit wenig Mühe in den Stahlrahmen einzuspannen.

Das Trocknen der Kapsel am Körper hatte viel Unbequemes für den Pat. und hat sich auch in der Folge als unnöthig herausgestellt. Ein genaues Papiermuster wird hergestellt, danach wird die Fiberkapsel aus der Platte herausgeschnitten, aufgeweicht und dann so gerollt, dass sich die beiden freien Längskanten berühren. So wird die Hülse getrocknet, nachdem noch der obere und untere Rand nach außen umgebogen ist, um ein Scheuern der Haut zu verhindern. Dann wird die Hülse in die Stahlschienen mit Kupferstiften eingenietet. Die Bohrlöcher im Fiber reißen niemals aus. Polsterung mit weichem Flanell, ein Anstrich mit Schell-Lack und das Anbringen von Schnürhaken vollenden das Werk. Ein einigermaßen mechanisch veranlagter Arzt kann die Hülsen bequem in 24 Stunden herstellen, die dann mit Angabe der Maße dem Instrumentenmacher zur Herstellung des stählernen Rahmens übergeben werden. Den bei der ambulanten Behandlung der Frakturen der unteren Extremität erforderlichen einfachen Rahmen kann jeder Schlosser verfertigen. Oft ist es wünschenswerth, die stählerne Prothese, die bei der ambulanten Behandlung der Coxitis bei Kindern in der Regel dem immobilisirenden Gipsverband mit einverleibt wird, Abends abnehmen zu können, um sie während der Nacht durch eine Gewichtsextension zu ersetzen. Zu diesem Zweck werden Schraubengewinde in Fiberplatten befestigt und diese Platten im plastischen Zustand so eingegipst, dass oberhalb der Mitte des Oberschenkels die zwei Gewinde, sich in gleicher Höhe gegenüberstehend, aus dem Gipsverband herausragen. Es ist dann ein Leichtes für die Eltern, die stählerne Prothese Morgens zu befestigen.

Für rasche, bequeme und aseptische Herrichtung von Schienen und besonders für kapselartige Verbände, wie sie bei Frakturen im Ellbogengelenk gebräuchlich sind, giebt es kein besseres Material. Der Verband lässt sich zur Vornahme von Massage und Übungen

bequem abnehmen und wieder anlegen ohne seine Gestalt zu verändern. Die Oberfläche reizt die Haut nicht, klebt nicht an und ist so glatt, dass sehr wenig Polsterung erforderlich ist. Von anderen Eigenschaften ist hervorzuheben, dass Fiber von Säuren und Alkalien wenig, von Maschinenöl gar nicht angegriffen wird. Blut kann mit Seife und Wasser, Fett mit Alkohol oder Äther abgewaschen werden. Natürlich rostet es auch nicht wie metallene Schienen und es kann leicht sterilisirt werden, was bei Filz und Pappe recht schwierig ist. Sein geringes Gewicht wird von den Pat. angenehm empfunden und erhöht seinen Werth für die Hülsenapparate. Fiber ist billig und kann außerdem, nachdem es sterilisirt ist, immer wieder verwendet werden.

Zu Kriegszwecken und in der Unfallschirurgie ist Fiber besonders desshalb geeignet, weil es bei seiner vielseitigen Verwendbarkeit sehr wenig Raum einnimmt.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass Fiber als Spiralschiene z. B. bei rachitischen Verkrümmungen der langen Röhrenknochen verwendet werden kann. Schon der geringe Grad seiner Elasticität genügt, die Extremität vor zu großem Druck zu schützen.

Die erste Beschreibung habe ich im Journ. of the Amer. med. Assoc. 1897, Januar 16 gegeben. Ob das Material in gleicher Beschaffenheit in Deutschland hergestellt wird, weiß ich nicht. Der Alleinverkauf des Flexible Fibre Kartavest ist der Firma V. Mueller & Co. 266 Ogden Ave Chicago übertragen.

---

1) **F. Gumprecht.** Die Technik der speciellen Therapie.
Jena, **G. Fischer,** 1898.

Das Buch bietet in ausgezeichneter Weise eine Beschreibung der therapeutischen Technik, der nothwendigen Instrumente, ihrer gelegentlich sich einstellenden Fehler und Mängel, so wie deren Vermeidung, spricht über die erreichbaren Ziele eines jeden Verfahrens. Es beschränkt sich auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes, zieht die Grenze nach oben, wo der Specialist anfängt, nach unten, wo die Thätigkeit der Heilgehilfen beginnt. Aber Alles ist so gründlich und von einem solch praktischen Gesichtspunkt aus beschrieben, dass nicht allein der praktische Arzt, der Studirende, sondern auch der Specialist eine Fülle des Interessanten und Wissenswerthen findet. Für den angehenden Arzt ist das Buch eine nicht zu unterschätzende Hilfe.

Borchard (Posen).

---

2) **A. Hoffa.** Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. 3. Auflage.
Stuttgart, **F. Enke,** 1898. XIV und 858 S. 686 Abbildungen.

Welch reges Treiben zur Zeit auf dem Gebiet der Orthopädie herrscht, wird dem recht klar, der die 2. mit dieser 3. Auflage des H.'schen Buches vergleicht. Denn jene gab, als sie 1894 erschien,

unbestritten das Bild des damaligen Standes der Orthopädie in großer Vollständigkeit, diese aber zeigt ihr gegenüber so viel Neues — darunter schon manches zum Theil wieder Veraltetes —, dass man kaum glauben sollte, es lägen nur 4 Jahre zwischen beiden Büchern. Der Gesammtcharakter des Werkes, die wesentliche Anordnung der einzelnen Abschnitte sind natürlich die alten geblieben; denn sie bedurften keiner Änderung; auch hat der allgemeine Theil, abgesehen von einer Anzahl hinzugetretener klarer Abbildungen und namentlich von den neu eingeführten Skiagrammen, keine wesentlichen Zusätze erfahren, abgesehen etwa von solchen aus dem Gebiet der Sehnentransplantationen.

Anders der specielle Theil. Hier begegnen wir zunächst einer Neubearbeitung der Lehre vom Schiefhals, mit besonderer Berücksichtigung der Forschungen Kader's und der Mikulicz'schen Therapie. Neu ist ferner natürlich das Kapitel über die Behandlung des Pott'schen Buckels nach Calot, die Verf. nicht nur genau beschreibt und durch Abbildungen erläutert, sondern nach eigenen Erfahrungen scharf in ihren Indikationen und den Graden der anzuwendenden Gewalt begrenzt. Er weist dabei auf ihm zu Gebote stehende Skiaskopien hin, die ihm nach dem Eingriff deutlich die Neubildung von Knochen an den zerstörten Wirbeln gezeigt hätten, eine solide Brücke bildend, welche die Kontinuität der Wirbelsäule erhielt. Neu ist ferner ein Kapitel über Spondylitis traumatica, sind Zusätze über Skiagraphie und forcirtes Redressement bei Skoliose. Weiter bedurfte natürlich einer Neubearbeitung das Kapitel über angeborene Hüftverrenkung, für die die Herbeiziehung der Röntgenbilder ja auch von so großem, die Anschauungen korrigirendem und sicherndem Werth gewesen sind. Sie vor Allem haben, wie auch H. hervorhebt, bewiesen, dass nach der Lorenz'schen unblutigen Einrenkung der Kopf in der überwiegenden Mehrzahl die Pfanne, und zwar nach oben und vorn, wieder verlässt, aber unterhalb und neben Spina ilei ant. inf. ein festes Widerlager findet, ähnlich wie es nach den Methoden von Paci und Schede der Fall sei. (H. selbst hat unter 90 unblutigen Repositionen nur 3mal eine wirkliche Retention des Kopfes in der Pfanne erzielt.) Immerhin giebt aber diese Transposition im Ganzen recht zufriedenstellende funktionelle Resultate, und bietet damit das Lorenz'sche Verfahren doch einen großen therapeutischen Fortschritt. — Ganz neu ist endlich das Kapitel über Coxa vara. Wie in dieses die frühere kurze Besprechung der rachitischen Schenkelhalsverbiegung, so sind in die Neubearbeitung des Genu recurvatum die früheren Bemerkungen über Luxatio genu congenita aufgegangen.

Das nur einzelne Hauptverbesserungen und -Vermehrungen, die das Werk in der neuen Auflage erfahren. Sie geben die Sicherheit, dass auch an anderen Stellen nichts unterlassen ist, das Buch auf der Höhe der Wissenschaft zu erhalten, die es von Anfang an eingenommen hat.

Richter (Breslau).

3) **A. Hoffa.** Kinesiotherapie.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1898.

Die Abhandlung, als Einzelabtheilung aus dem Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik von Eulenburg und Samuel, enthält in 60 Seiten eine knappe Schilderung von Technik, Wirkung von Gymnastik und Massage nebst ihren Anwendungen in den einzelnen Gebieten. Nicht über den Rahmen einer allgemeinen Orientirung hinausgehend, hat es H. verstanden, die Übersicht möglichst vollständig zu gestalten. Über die Bezeichnung »Kniesiotherapie« kann man wohl anderer Ansicht sein. In der Behandlung arthritischer und ähnlicher Muskelatrophien scheint H. viel Glück zu haben; denn es ist ihm immer gelungen, völlige Heilung zu erzielen, auch in Fällen, die anderswo ohne Erfolg behandelt sind. Liegt dieser Erfolg in der Dauer der Behandlung, oder sind H. nie jene irreparablen Muskelinsufficienzen begegnet, wie sie Sachs und Andere beschrieben haben?

Bähr (Hannover).

---

4) **L. Picqué.** Du délire psychique post-opératoire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 171.)

Die nach Operationen auftretenden psychischen Störungen scheinen namentlich in den letzten 15 Jahren die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf sich gelenkt zu haben. Nach Ansicht P.'s lässt indess die Mehrzahl der von ihm sämmtlich durchstudirten und einzeln aufgeführten Publikationen eine streng wissenschaftliche Kritik vermissen; vielfach beherrscht den Verfasser eine vorgefasste Meinung und der Wunsch, die Operationswuth einiger Heißsporne einzudämmen. P. selbst hat als langjähriger Chirurg des Asiles d'aliénés reichlich Gelegenheit gehabt, die in Rede stehenden Fragen zu studiren. Unter die Benennung postoperativer Delirien muss man alle intellektuellen Störungen rechnen, die im Gefolge einer Operation auftreten, welcher Art auch immer ihre Form oder der wirkliche Ursprung der geistigen Störung ist. Falsch aber wäre es, jede solche nach einer Operation auftretende Geistesstörung auch dem operativen Eingriff als solchem ursprünglich zur Last zu legen. Die eigentlichen Ursachen können vor, während oder nach der Operation auf den Kranken einwirken. P. unterscheidet folgende Gruppen:

1) Innere Krankheiten (abgesehen von solchen der nervösen Centren); als Typus darf gelten das Delirium bei der Bright'schen Krankheit.

2) Das Delirium tremens.

3) Delirien in Folge medikamentöser Intoxikation, insbesondere in Folge Chloroform- und Jodoformeinwirkung. Den Beweis, dass die Chloroformnarkose an sich solche Delirien veranlasst, hält Verf. noch nicht für erbracht.

4) Delirien in Folge septischer Infektion.

Alle unter diese 4 Gruppen fallenden Geistesstörungen sind toxi-

schen Ursprungs. Verf. trennt sie als Pseudodelirien von den wahren, in eine 5. Gruppe einzurechenden postoperativen Psychosen.

Im Allgemeinen sind die Intoxikationsdelirien als solche leicht zu erkennen, obwohl gerade die durch septische Infektion bedingten häufig falsch gedeutet worden sind. Es handelt sich um transitorische Erregungs- oder — seltener — Depressionszustände. Die Delirien sind bald systematisirt, z. B. das Delirium tremens, bald handelt es sich — so besonders bei septischen Zuständen — um maniakalische Verwirrtheit. — Die echten Psychosen können durch jede Art von Operationen hervorgerufen werden, selbst durch ganz leichte Eingriffe; dass gynäkologische Operationen besonders dazu disponiren, hält P. nicht für richtig. Ohne auf die Frage näher einzugehen, ob überhaupt bei geistig ganz gesunden, in keinerlei Weise belasteten Individuen eine Operation an sich eine echte Psychose erzeugen kann, betont Verf. nur die relative Häufigkeit dieser Formen bei Kindern (Broca bestreitet in der Diskussion energisch, dass Kinder häufig geistige Störungen nach Operationen zeigen), bei Greisen und besonders bei hysterischen Personen. Man beobachtet Excitationszustände, die im Allgemeinen früh, am 2. bis 5. Tage nach der Operation, seltener erst nach Wochen auftreten und meist eben so rasch wieder verschwinden wie sie gekommen sind, seltener in ein chronisches Stadium übergehen, und Depressionszustände, Melancholie, insbesondere nach Operationen, die begreiflicherweise auf die Gemüthsstimmung des Pat. tief einwirken, z. B. nach Amputationen, Kastrationen, Anlegung eines künstlichen Afters etc. Sehr häufig liegt dem Ausbruch derartiger postoperativer wahrer Psychosen eine erbliche Prädisposition zu Grunde. — Als eine das Interesse des Chirurgen in Anspruch nehmende besondere Form unterscheidet P. neben diesen Zuständen der Excitation und Depression jene psychische Störung, welche als Verfolgungswahnsinn bei Verrückten auftritt. Bei ihnen bildet die Operation nur eine Episode ihrer Krankheit; die geringste Empfindlichkeit der Narbe kann für sie Gelegenheit zum Ausbruch wüthender Delirien geben. Man mache desshalb bei solchen Personen nur Operationen, die absolut dringlich sind. — Für unrichtig hält P. indess die Ansicht Seeligmann's, dass man Geistesgestörte oder Prädisponirte überhaupt nicht operiren solle; denn neben solchen, die man in der That nie operiren darf, giebt es doch Andere, die gerade nur durch eine Operation zu heilen sind. Er selbst beobachtete einen Melancholiker, dessen Psychose wesentlich durch Blindheit in Folge doppelseitigen Staares hervorgerufen war, und der nach der Staaroperation völlig genas.

Reichel (Chemnitz).

---

5) **L. Picqué** et **M. Briand** (Villejuif.) Du rôle que la nature de l'opération chirurgicale peut jouer dans la production des psychoses post-opératoires.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 216.)

Im vorliegenden Aufsatz erörtern die Verff. die Frage, ob die Natur einer Operation einen Einfluss auf die Erzeugung einer Psychose habe oder nicht? Einen solchen Einfluss hat man namentlich den gynäkologischen Operationen zugeschrieben, und es ist zuzugeben, dass die Zahl der in den letzten 20 Jahren veröffentlichten diesbezüglichen Beobachtungen eine auffallend große ist. Zur Erklärung zog man zum Vergleich die nervösen Störungen, welche die Menstruation begleiten, und die postpuerperalen Delirien heran. Von vorn herein ist ein solcher Vergleich aber schon um desswillen nicht gerechtfertigt, weil es sich bei sehr vielen gynäkologischen Operationen, nach denen man Psychosen beobachtete, gar nicht um irgend eine Beeinflussung der Menstruation handelte. Nach Ansicht der Verff. bedarf daher die Behauptung, dass gerade gynäkologische Operationen besonders zu Geisteskrankheiten Anlass geben, einer gründlichen Revision. Die in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen sind zum größten Theil nicht beweiskräftig. Sehr viele von ihnen sind so unvollständig, dass man aus ihnen gar keinen Schluss ziehen kann; in einer 2. Gruppe handelt es sich um Intoxikationsdelirien, besonders oft um septische Infektion, nicht aber um echte Psychosen; und in einer 3. Gruppe von Fällen wird die Psychose nicht durch die Art der Operation, sondern andere, ihr ganz fremde Ursachen hervorgerufen; es handelt sich um hysterische oder an verschiedenen Formen geistiger Erkrankung leidende Personen. — Die Verff. theilen aus ihrer eigenen reichen Erfahrung eine Anzahl einschlägiger Fälle ausführlich mit, in welchen scheinbar eine Psychose die direkte Folge der Operation war, während sie in Wahrheit ganz andere Ursachen hatte. Besonders aufmerksam machen sie auf die Fälle, in welchen Geisteskranke, deren geistige Störung aber nicht immer sofort klar zu Tage tritt, auf Grund gewisser Beschwerden den Arzt zu einer Operation drängen, von der sie selbst Abhilfe ihrer Leiden erhoffen, oder in denen sie direkt Leiden resp. Beschwerden simulien, nur um operirt zu werden. So sind sehr interessant zwei Fälle, in denen sich 2 Frauen nach einander beide Brüste und einen resp. einige Finger amputiren ließen, weil erstere angeblich intensiv schmerzhaft, letztere zu lang seien. Um den Arzt zur Fingeramputation zu bewegen, unterhielt die eine Pat. durch Bisse ein tiefes Geschwür am Finger. In diese letzte Gruppe müssen nach Ansicht der Verff. die große Mehrzahl der Beobachtungen eingereiht werden, in denen gynäkologischen Operationen wahre Psychosen folgten, wenigstens wenn es sich um verhältnismäßig kleine Eingriffe handelte, während nach größeren meist septische Infektion die geistige Störung durch Intoxikation hervor-

rief. Man hüte sich daher vor Operationen, namentlich gynäkologischen, lediglich wegen subjektiver Beschwerden, die im objektiven Befund keine Erklärung finden. **Reichel** (Chemnitz).

---

6) **W. Loth.** Zur Darstellung des Streptobacillus ulceris mollis (Unna).

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVI. No. 8.)

L. hat gefunden, dass in 10%iger Formalinlösung (2—24 Stunden) fixirte Präparate (nachträgliche Behandlung mit Alkohol in steigender Koncentration, Celloidin) zur Färbung der Bacillen des Ulcus molle geeigneter sind, als in Alkohol fixirte. Zur Färbung hat er polychrome Methylenblaulösung (5 Minuten) benutzt und nach Abspülung in Wasser entweder in verdünnter Glycerin-Äthermischung entfärbt (dann Wasser, Alkohol, Öl) oder die Schnitte behandelt mit 1%iger Lösung von rothem Blutlaugensalz (1 Minute), Wasser, Alcohol. absolutus, 1% HCl-Anilin, Xylol; oder mit Tannin und Orange, Wasser, Alkohol, Öl. **Jadassohn** (Bern).

---

7) **R. Kroesing.** Über Behandlung des Ulcus molle mit Hitzebestrahlung (Audry).

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 421. Festschrift für F. J. Pick.)

Da die bequemste Behandlung des Ulcus molle, die wir meines Erachtens bisher kennen, die mit Karbolsäure und Jodoform, doch in manchen Fällen im Stich lässt, in anderen des Jodoformgeruchs wegen nicht gut zu verwenden ist, und da die Welander'sche Hitzebehandlung mit heißem, in Röhren cirkulirendem Wasser für die ambulante Praxis kaum brauchbar ist, war der Vorschlag Audry's, die weichen Schanker durch Hitzebestrahlung ihrer Virulenz zu berauben, der Nachprüfung gewiss werth. Denn die Ausbrennung mit Paquelin oder Galvanokauter muss sehr energisch sein, wenn sie definitiven Erfolg haben soll und macht also größere Narben. K. hat die Audry'sche Methode geprüft (nur nahm er statt des Pacquelins den Galvanokauter). Das rothglühende Instrument muss in einem Abstand von 1 bis höchstens 4 mm von dem Geschwür gehalten, speciell müssen dessen Ränder berücksichtigt werden; Blasen dürfen nicht entstehen. Die Einwirkungsdauer beträgt 10—15 Sekunden. Der Schmerz ist erträglich (Cocainbestreuung nützt nicht viel); es stellt sich sofort eine seröse Durchtränkung des Geschwürs ein — das meist mäßige Ödem schwindet schnell. Meist war nur eine einmalige Bestrahlung zur Reinigung der Geschwürsfläche nothwendig. Die beim Beginn der Behandlung bereits bestehenden Lymphadenitiden gingen mit einer Ausnahme zurück, ohne zu vereitern.

Jadassohn (Bern).



8) **F. Winkler.** Uber tingible Kugeln in syphilitischen Produkten.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLVI. Hft. 1.)

Verf. hat in Deckglaspräparaten und in Schnitten von specifischen Krankheitsprodukten durch Färbung mit Karbol-Thionin und Entfärbung mit Formalin (über die Einzelheiten der Methoden ist das Original nachzulesen) regelmäßig kleine, kreisrunde, scharf begrenzte, dunkel gefärbte Kugeln gefunden, die von einem hellen Hof umgeben sind und »meist in ihrem Innern einen hellen, etwas excentrisch liegenden Fleck besitzen«. Zuerst war Verf. wohl geneigt, diese Gebilde als Parasiten aufzufassen; er hat sie aber vereinzelt auch bei Lupus gesehen und diskutirt nun die verschiedenen Möglichkeiten ihrer Deutung, ohne zu definitiven Resultaten zu kommen.

Jadassohn (Bern).

---

9) **Caspary.** Über den Sitz der latenten Syphilis.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 127. Festschrift für F. J. Pick.)

Verf. wendet sich gegen die von Neumann auf Grund histologischer Befunde aufgestellte Lehre, dass an syphilitsch erkrankt gewesenen Stellen Zellinfiltrate als Reproduktionsherde des syphilitischen Virus für lange Zeit zurückbleiben. Er hat auch in alten Narben nicht specifischer Herkunft Zellhaufen um die Gefäße, wenn gleich nicht in der Ausdehnung, wie sie Neumann beschrieben hatte, gefunden und ist geneigt, diese Infiltrationen auf eine in dem erkrankt gewesenen Gewebe zurückbleibende Irritabilität zurückzuführen, welche bedingt, dass auch alle möglichen banalen Reize eine leichte Entzündung anregen und unterhalten, und dass solche leichte Infiltrate sich dann besonders an solchen Stellen finden, welche normalerweise einer Reizung, Zerrung etc. unterliegen. Dieser seiner Opposition gegen die Neumann'sche Deutung, als wenn es sich bei solchen Entzündungsresten nach syphilitischen Veränderungen um specifische Bildungen handele, giebt C. einen sehr vorsichtigen Ausdruck, da er seine Befunde nicht für zahlreich genug hält.

(Ich kann die thatsächlichen Befunde C.'s nur bestätigen. Ich glaube nicht, dass die Anwesenheit von Infiltrationszellen als etwas specifisches angesehen werden kann — selbst wenn diese nach den Angaben Hjelmann's »Plasmazellen« sind und in der Tiefe des Gewebes liegen; Plasmazellen sind nicht specifisch für Lues, und die Thatsache, dass entzündliche Vorgänge sich lange halten, beweist noch nicht, dass das entzündungserregende Agens als solches persistirt — cf. die langdauernden Ekzeme nach äußerer Reizung, das postgonorrhoische Stadium der Gonorrhoe etc. Ref.).

Jadassohn (Bern).

---

10) J. V. Hjelmann. Zur Kenntnis der Persistenz der histologischen Gewebsveränderungen bei Syphilis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLV. Hft. 1.)

Neumann hat zuerst behauptet, dass nach der scheinbaren Abheilung syphilitischer Affektionen Gewebsveränderungen in Form von Infiltrationen für längere Zeit zurückbleiben; er hat diese als Reproduktionsherde des syphilitischen Virus aufgefasst und die Recidive in situ speciell auf diese Infiltrationsherde, welche er als Träger des Virus ansah, zurückgeführt. Für diese durch eine relativ geringe Anzahl histologischer Untersuchungen gestützte Ansicht hat Verf. neues Beweismaterial beizubringen sich bemüht. Er glaubt, dass, wenn er speciell Plasmazellen und Infiltrate in der Tiefe der Cutis an Stellen fand, an denen syphilitische Processe sich abgespielt hatten, diese als noch nicht abgelaufen anzusehen waren. Aus seinen sorgfältigen Untersuchungen ergiebt sich, dass $^1/_2$—3 Jahre nach Abheilung der Initialsklerose, 1 Monat nach Abheilung der Roseola, $^1/_2$ Jahr nach Abheilung trockner Papeln und 1 Jahr nach Abheilung nässender Papeln deutliche Reste des Infiltrationsprocesses zu konstatiren waren.

H. führt, wie Neumann, die Recidive in situ auf diese Reste zurück. Er findet in der von ihm bestätigten Beobachtung Neumann's ein besonders wichtiges Argument für die Nothwendigkeit langdauernder und immer wiederholter Syphilisbehandlung (Fournier), für eine eingreifende lokale Therapie, für das Princip, dass Syphilitische erst nach Ablauf von mindestens 3 Jahren nach der Infektion heirathen dürfen (cf. hierzu das Referat über Caspary).

Jadassohn (Bern).

---

11) Harttung. Beitrag zur Kenntnis der wiederkehrenden makulösen Syphilide.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 307. Festschrift für F. J. Pick.)

Es ist eine in der Praxis und in den meisten Lehrbüchern zu wenig berücksichtigte Thatsache, dass die makulösen Exantheme nicht bloß ein-, sondern mehrere (nach Fournier bis 8) Male wiederkehren können. Verf. publicirt 6 solche Fälle, in welchen Roseolen mehrere Jahre hindurch sich wiederholten. Die recidivirenden Exantheme waren meist annulär (und zwar, wie konstatirt werden konnte, von vorn herein annulär), ihre Farbe weniger frisch, mehr livid, als bei der ersten Roseola. Die Zahl der Einzelherde wurde bei den auf einander folgenden Ausbrüchen immer geringer. Diese Fälle sind schwer (wie auch der Ref. aus eigener Erfahrung bestätigen kann, keineswegs immer mit Sicherheit) abgrenzbar von den sogenannten »tardiven Roseolen« Fournier's (den Neurosyphiliden« Unna's). H. sieht sich auf Grund seines Materials veranlasst, zwei Gruppen zu unterscheiden: die einen reagiren deutlich auf Quecksilber, die anderen werden durch dasselbe nicht beinflusst, sondern ver-

schwinden ohne Therapie; die letzteren fasst Verf. als »einfache fortgeschrittene Gefäßparesen in dem Gebiete früherer Erkrankungen auf, die, durch einen besonderen Reiz zu einer höheren Form der Parese gebracht, Hyperämie oder Stase in der Erscheinung eines lividen Flecks zur Äußerung bringen«. **Jadassohn** (Bern).

---

12) **O. Seifert.** Die Syphilis der Zungentonsille.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 212. Festschrift für F. J. Pick.)

Die syphilitischen Erkrankungen der Zungentonsille sind wohl darum verhältnismäßig so wenig beachtet worden, weil sie meist außerordentlich wenig subjektive Erscheinungen machten. Verf., welcher sich schon früher sehr eingehend mit dieser Lokalisation beschäftigt hat, kommt in seinen neuen, umfangreichen Untersuchungen zu dem Resultat, dass in der Mehrzahl der Fälle sowohl bei weiblichen als bei männlichen Individuen, bei welchen der Rachen (in specie die Gaumentonsille) im Verlauf der konstitutionellen sekundären Syphilis erkrankte, auch die Zungentonsille an dem Process in gleicher Weise Theil nimmt. Es fanden sich sowohl Erytheme, als auch besonders einzelne oder konfluirte, zum Theil oberflächlich zerfallene Papeln; da auch Frauen sehr häufig an diesen Symptomen erkranken, kann das Rauchen nur in einzelnen Fällen eine besondere prädisponirende Bedeutung haben. Spätformen (Gummata, Schwielen) sind häufiger, einfache Hyperplasien, kondylomähnliche Wucherungen selten an der Zungentonsille beobachtet worden.

Über die speciell wichtige Frage, ob die glatte Atrophie der Zungenbasis die ihr von Virchow, Lewin und Heller u. A. zugeschriebene diagnostische Bedeutung besitzt, macht S. die Bemerkung, dass er in 18 Fällen von sicher tertiärer Syphilis nie Atrophie, dagegen 4mal Hypertrophie der Zungentonsille gefunden habe. Er möchte daraufhin sowohl für die erworbene als auch für die hereditäre Lues die Beweiskraft der erwähnten Atrophie bezweifeln. (Ich selbst habe dieses Symptom ebenfalls recht oft bei tertiärer Syphilis vermisst — wie weit es, wenn es vorhanden, eine positive Beweiskraft besitzt, muss dahingestellt bleiben; — einmal hat S. es bei einer ganz frisch syphilitischen Pat., also außer Zusammenhang mit Lues gefunden. Ref.) **Jadassohn** (Bern).

---

13) **J. Justus.** Kidney changes in syphilis.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases 1898. No. 6.)

Das Vorkommen von Nierenerkrankungen in Folge von Syphilis steht wohl außer Zweifel. Zahlreiche Sektionsergebnisse berichten über das Vorkommen von umschriebenen Gummabildungen, von unregelmäßig verbreiteter interstitieller Nephritis mit Narbenbildung, diffuser Hyperplasie kernführenden Bindegewebes und amyloider Gefäßentartung, auch specifischen parenchymatösen Veränderungen.

Aus den Untersuchungen des Verf., der auch eine Anzahl von Fällen tertiärer Nierensyphilis mittheilt, ergiebt sich aber die bemerkenswerthe Thatsache, dass auch bei frischer Syphilis nicht ganz selten (in 22 Fällen von 247 Untersuchten) Albuminurie beobachtet wird, dass diese Albuminurie meist von geringer Dauer war, und dass sie während der eingeleiteten antiluetischen Behandlung zu schwinden pflegt, gleichzeitig mit den anderen sichtbaren Zeichen der Lues. Dadurch erleidet natürlich die Beobachtung Anderer, dass auch die merkurielle Behandlung selbst gelegentlich Albuminurie zu erzeugen vermag, keinen Abbruch. In den zur Beobachtung gelangten Fällen war aber Merkur vorher nicht verabreicht worden.

Kopp (München).

---

14) **A. Neisser.** Was wissen wir von einer Serumtherapie bei Syphilis und was haben wir von ihr zu erhoffen? Eine kritische Übersicht und Materialiensammlung.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 431. Festschrift für F. J. Pick.)

Die vielfachen Versuche, die Serumtherapie bei der Syphilis zu verwenden, haben bisher zu praktisch brauchbaren Resultaten nicht geführt. N. unterzieht, ehe er seine eigenen Erfahrungen veröffentlicht, die klinischen Grundlagen, welche wir für die Einleitung einer solchen Behandlung besitzen, d. h. die ganze Lehre von der Immunität und Heilung bei Syphilis, einer kritischen Durchsicht. Es ist nicht möglich, im Rahmen eines Referats die zum Theil sehr schwierigen Fragen zu besprechen, die hierbei behandelt werden müssen. Ich gebe im Folgenden nur die wesentlichsten Punkte wieder.

Eine Hauptstütze für serotherapeutische Versuche bietet die Lehre von der durch Überstehen einer syphilitischen Infektion erworbenen sogenannten Immunität. Bekanntlich wird die Möglichkeit einer Reinfektion jetzt von der Mehrzahl der Autoren anerkannt; N. aber zieht die wohl allgemein angenommene relative Seltenheit solcher Reininfektion in ihrer Bedeutung für die Annahme einer Immunität in Zweifel. Einmal glaubt er, wie schon Andere, dass sich manche als recidivirende Schanker, indurirte Pseudoschanker etc. aufgefasste Fälle vielleicht wirklich auf eine Reinfektion beziehen lassen, bei der nur die Sekundärerscheinungen fehlen; dann aber versucht er statistisch nachzuweisen, dass auch die anderen venerischen Krankheiten im späteren Leben seltener vorkommen, so dass man schon um desswillen spärliche Reinfektionen erwarten müsse. N. glaubt nicht, dass es ihm gelungen ist, die Lehre von der Immunität zu stürzen; er fordert nur: »das Dogma von der gleichsam regelmäßig erreichten Immunität durch eine einmalige Syphiliserkrankung ist nicht ohne Weiteres auf Treu und Glauben hinzunehmen, sondern bedarf erneuter Prüfung«. Selbstverständlich ist, dass diese »Immunität« syphilitischer Individuen, die doch auf das in

ihrem Körper enthaltene Virus noch mit Erscheinungen reagiren, nicht mit der gewöhnlich so bezeichneten Immunität identisch ist. (Man kann sie bequem als Immunität gegen den Primäraffekt bezeichnen.)

In einem zweiten Abschnitt bespricht N. die Frage, ob die Syphilis durch Durchseuchung der Bevölkerung abgeschwächt worden sei und kommt dabei zu dem Resultat, dass von einer solchen Abschwächung nichts erwiesen sei; wir wissen nichts von einer Vererbung erworbener wirklich dauernder Immunität, wie sie die bei der Syphilis angenommene Abschwächung erklären könnte. Die Immunität die nach dem Profeta'schen Gesetz bei Kindern syphilitischer Mütter vorhanden sein soll, kann in sehr verschiedener Weise erklärt werden; sie könnte vielleicht zum Theil auch eine Säugungsimmunität sein — aber auch für diese Frage fehlt uns noch viel klinisches Beobachtungsmaterial (das ja aber auf diesem Gebiet nur sehr selten von einiger Beweiskraft ist).

Auch die mit dem Namen des Colles'schen Gesetzes bezeichnete Erfahrung, dass gesunde Mütter vom Vater her syphilitischer Kinder immun gegen Syphilis sind, kann noch in verschiedener Weise erklärt, und muss noch durch weiteres Beweismaterial gestützt werden; auch sie giebt keine sichere Unterlage für serotherapeutische Versuche.

Die Schlüsse, welche man aus unseren Erfahrungen bei anderen Krankheiten ziehen könnte, sind natürlich für die Lues nicht bindend — wir wissen, dass bei Vaccine immunisirende Stoffe von der Mutter auf den Fötus übergehen, dass aber eine Vaccine-Immunität durch Serum nicht erzielt werden konnte.

Die bisher gemachten Versuche einer Serumtherapie der Lues, welche mit Thierserum, mit Serum von »syphilisirten«, mit solchem von mit Hg behandelten Thieren, mit Serum von Menschen aus der Sekundär- und aus der Tertiärperiode angestellt worden sind — N. giebt sie alle eingehend wieder —, haben zu einem wesentlichen, erweisbaren Ergebnis nicht geführt.

N. selbst hat in 28 Fällen Serum meist von spätsyphilitischen Pat., am häufigsten vor dem Erscheinen der Allgemeinerscheinungen, besonders oft intravenös und oft in sehr beträchtlicher Menge injicirt. Ein positiver Heilerfolg konnte nie festgestellt werden.

N. hat ferner auch Versuche einer präventiven Behandlung, eines Schutzes gegen Lues durch Injektion von Serum früh- und spätsyphilitischer Personen angestellt. Er konnte annehmen, dass das Serum, nachdem es wochenlang gestanden hat, jedenfalls frei von inficirenden Keimen sein würde; in 4 solchen Fällen wurden weiterhin Erscheinungen von Lues nicht beobachtet; bei 4 anderen, sämmtlich Prostituirten, traten luetische Symptome ein; ein Schutz war also nicht erzielt worden. N. selbst ist aber vollkommen überzeugt, dass die Injektionen nichts geschadet haben. Wie schwer die praktische Verfolgung solcher Bestrebungen ist, braucht nicht besonders betont zu werden.

Zum Schluss spricht Verf. seine Überzeugung von der Nothwendigkeit der Hg-Behandlung aus und versucht die Wirkung des Hg als eine den Analysinen analoge zu erklären — d. h. es »vermindert und beseitigt die Angriffsstoffe der Syphilisbakterien und stört sie in ihrer Entwicklungsfähigkeit«. Eine große Anzahl von Anmerkungen mit Citaten aus der syphilidologischen und bakteriologischen Litteratur ist der Arbeit beigegeben. **Jadassohn** (Bern).

---

15) **K. Loeb.** Orthoform als Anästheticum bei intramuskulären Injektionen.

(Monatsschrift für prakt. Dermatologie Bd. XXVII. No 1.)

Verf. empfiehlt den Zusatz von 5—10 % Orthoform zu der gewöhnlich gebrauchten 10 %igen Salicyl-Quecksilber-Parafinemulsion; er fand die mit dieser sich nicht zersetzenden Mischung gemachten Injektion wenig oder gar nicht schmerzhaft. **Jadassohn** (Bern).

---

16) **J. H. Rille.** Über Kalomeleinreibungen bei Syphilis.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 113. Festschrift für F. J. Pick.)

Da von verschiedenen Seiten die Einreibungen mit Kalomelsalbe, weil reinlicher als die mit grauer Salbe und wirksamer, empfohlen worden sind, hat R. diese Methode in sehr energischer Weise durchzuführen versucht, ist aber bezüglich der Heilwirkung zu ganz negativen Resultaten gekommen, welche er durch Wiedergabe der Krankengeschichten illustrirt. Die Unwirksamkeit der Kalomeleinreibungen spricht für die neuerdings meist vertretene Anschauung, dass die Schmierkur mit grauer Salbe nicht durch die Einreibung des Hg, sondern durch seine Verdunstung wirkt.

Jadassohn (Bern).

---

17) **C. Schumacher.** Quecksilber und Schleimhaut.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 189. Festschrift für F. J. Pick.)

In einer ausführlichen, auf die Litteratur und auf eigene Erfahrungen sich stützenden Studie bespricht Verf. die nach seiner Ansicht etwas vernachlässigte Bedeutung der Differentialdiagnose zwischen merkuriellen und syphilitischen Erscheinungen in der Mundhöhle. Diese Unterscheidung kann in der That oft schwer sein, und in manchen Fällen können sich die beiden Affektionen geradezu kombiniren. Für den Praktiker ergiebt sich vor Allem die Regel, niemals ohne weiteres aus plaqueähnlichen Erscheinungen im Munde die Diagnose Syphilis und damit die Indikation: Quecksilberbehandlung abzuleiten, sondern in jedem Falle, auch bei sicherer Anamnese, sorgfältig abzuwägen und lieber erst unter indifferenter Therapie zuzuwarten, als eventuell mit Quecksilber das bestehende Krankheitsbild zu verschlimmern. **Jadassohn** (Bern).

---

18) **H. G. Klotz.** Unangenehme Nebenwirkungen bei der Quecksilberbehandlung der Syphilis: I. Lungenembolien bei intramuskulärer Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate. II. Auftreten heftiger Stomatitis unter dem Einfluss lokaler Infektionskrankheiten der Halsorgane.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 407. Festschrift für F. J. Pick.)

I. K. hat unter 1072 Injektionen ungelöster Hg-Präparate 8, in den letzten Jahren unter 527 nur 2 Embolien erlebt. Die Erscheinungen waren die gewöhnlich beschriebenen. Die erst einige Stunden nach den Einspritzungen auftretenden Symptome erklärt er (mit Lang) dadurch, dass durch das Depôt eine Gewebszerreißug stattfinde, und dass dann bei Bewegungen der injicirten Masse der Eintritt in die Gefäße geöffnet werde. Er injicirt darum, indem er die Pat. auf dem Bauch liegen und die Glutaealmuskulatur möglichst entspannen lässt. Er hat bisher mit 3,5 cm langen Nadeln ziemlich tief eingestochen; da er aber einige Embolien gerade bei mageren Individuen beobachtet hat, will er jetzt eher subkutan einspritzen. Auch K. hat nur günstig verlaufende Fälle gesehen und trittt daher für die Depôtinjektionen trotz der Embolien ein.

II. Verf. glaubt, dass in einzelnen Fällen seiner Beobachtung eine während einer Hg-Kur auftretende Tonsillitis die Ursache für das plötzliche Einsetzen einer heftigen Stomatitis abgegeben habe — er giebt aber selbst zu, dass sein Material für die bestimmte Statuirung eines derartigen Zusammenhangs nicht aussreiche.

Jadassohn (Bern).

---

19) **G. Zuelzer.** Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 421. Festschrift für F. J. Pick.)

Von der Erwägung ausgehend, dass bei der Jodkalibehandlung ein großer Theil des Präparats ungenutzt den Körper wieder verlässt,-aber doch unangenehme Nebenwirkungen entstehen können, und dass, wie in der Schilddrüse, so auch, wenn gleich in geringerem Maß, auch in anderen Organen nach Darreichung von Jodkali eine feste substituirte Jod-Eiweißverbindung entsteht, die langsam zersetzt wird, hat Z. versucht, ein von allem freien Jod freies Jod-Eiweißpräparat, das Jodalbacid (dargestellt von Ludwig Wilhelm Gans in Frankfurt a/M.) bei der Therapie der Syphilis zu benutzen. Er hat dasselbe frei von allen unangenehmen Nebenwirkungen (auch von dem unangenehmen Geschmack des Jodkali) gefunden; es wirkt wesentlich langsamer als Jodkali, kommt langsamer zur Ausscheidung und ist desswegen vor Allem dann (in der Dosis von 3—4 g pro die) angezeigt, wenn tertiäre Erscheinungen schon durch Jodkali zum Rückgang gebracht sind — als Jodnachkur — oder zu Zwischenkuren in der sekundären Periode. (Z. steht auf dem Standpunkt, dass die Indikationen für Jodbehandlung in der Frühperiode nicht so selten sind, wie man jetzt vielfach annimmt).

Jadassohn (Bern).



20) **M. v. Zeissl.** Über den Einfluss von Jod auf den Gehirndruck.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 417. Festschrift für F. J. Pick.)

Aus Versuchen, welche Verf. früher vorgenommen hatte, war hervorgegangen, dass durch Einspritzung von Jodjodnatriumlösung in die Vena jugularis — so dass die Flüssigkeit direkt vom rechten Herzen aus in die Lungengefäße gelangt — Lungenödem entsteht, welches auf Veränderungen an den Blutgefäßen der Lunge zurückgeführt werden muss. In analoger Weise hat v. Z. jetzt konstatirt, dass durch die Einspritzung einer Jodjodnatriumlösung (4,0 : 4,2 : 200,0) in das periphere Ende der Carotis eine Blutdrucksteigerung im Gehirn zu Stande kommt, welche nur durch Ödem zu erklären ist. (Die Untersuchungen bedürfen noch weiterer Ergänzungen und werden dann wohl ausführlicher mitgetheilt werden.

Jadassohn (Bern).

---

21) **M. Heller.** Experimenteller Beitrag zur Ätiologie des angeborenen muskulären Schiefhalses.

(Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 204.)

H. hat in dem Laboratorium der Berner Klinik in einer 26 Experimente zählenden Versuchsreihe versucht, an Kaninchenmuskeln (Sternocleido, Triceps, Gastrocnemii) die für das typische Caput obstipum bekannte sehnige Muskelentartung künstlich zu erzeugen. Einigermaßen ist das nur durch Herbeiführung einer septischen heftigen Myositis mittels Infektion frisch gesetzter Muskelquetsch- oder Schnittwunden mit Eiterkokken gelungen, indem immer stärker fibröse Narben mit Bindegewebswucherung eintreten. Dagegen führten bei fehlender Infektion weder Muskelrupturen (Zerquetschungen mit Schiebern), noch einfache Hämatome (Blutinjektion in den Muskel), noch ein- oder mehrfache Incisionen und Quetschungen, noch Muskelinjektion mit Ol. terebint., noch Muskelätzung mit koncentrirter Essigsäure, noch Einlegung von Fremdkörpern in den Muskel (Schweinsborsten) zu den fraglichen Degenerationen. Ferner aber ergab eine an 4 jungen Kaninchen vorgenommene Wiederholung des Petersen'schen Experimentes (Eingipsung der Hinterpfote in Spitzfußstellung für mehrere Wochen) in den 3 bis zu Ende beobachteten Fällen allerdings jedes Mal eine erhebliche (1 cm messende) Verkürzung des Gastrocnemius nebst seiner Sehne, und Gelenkfixirung in Spitzfußstellung so wie pralle Spannung der Achillessehne. Der mikroskopische Befund der verkürzten Muskeln war trotzdem wenig verändert, und führt H. eine stellenweise aufgefundene Muskelfaserzerklüftung und Bindegewebswucherung auf Ischämie in Folge des Gipsverbandes zurück. Das Facit der Versuche ist also, dass eine infektiöse Myositis dem Schiefhals zu Grunde liegen soll, wodurch H. der von Mikulicz und Kader entwickelten Lehre beitritt. Vor dem Bericht über seine sorgfältig durchgearbeiteten Experimente

giebt H. einen kurzen Überblick über die Litteratur des Caput obstipum; auch sind der Versuchsbeschreibung einige makro- und mikroskopische Figuren beigefügt.

Die mikroskopische Untersuchung scheint nicht unbedingt gegen Petersen zu sprechen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

22) **H. W. Cushing.** Operative wounds of the thoracic duct. Report of a case with suture of the duct.

(Annals of surgery 1898. Juni.)

Seit Jahren wird in dem Hospital des Verf. principiell bei jeder Brustamputation wegen Carcinoms die Supraclaviculargrube durch einen Schnitt oberhalb des Schlüsselbeins eröffnet und die etwa dort vorhandenen Drüsen ausgeräumt. Unter 60 Amputationen betrafen 45 die linke Seite, und unter 2 von denselben wurde der Ductus thoracicus kurz vor seiner Einmündung in die Vene, bezw. ein größerer Ast desselben verletzt. Im ersteren derselben wurde das Ereignis erst klar, als in den nächsten Tagen nach scheinbarer Heilung der Wunde sich eine Anschwellung oberhalb des Schlüsselbeins bildete, welche, eröffnet, einige Kubikcentimeter einer milchigen, dünnen Flüssigkeit entleerte, deren Ausfluss erst nach mehreren Tagen aufhörte; im 2. Falle aber wurde der Ductus bei der Operation selbst gesehen, seine Verletzung, bestehend in einem kurzen Längsschlitz, konstatirt und mit einer Seidennaht geschlossen. Es erfolgte tadellose Primaheilung der Wunde ohne Abfluss von Lymphe. Verf. nimmt an, dass es sich in diesem Falle um einen in auffallend hohem Bogen am Halse verlaufenden Ductus gehandelt habe. Es gelang dann ferner, 7 Fälle von ähnlichen Verletzungen aus der Litteratur zu sammeln. C. weist auf die schweren Ernährungsstörungen hin, die nach Verletzung des Lymphbrustganges entstehen können, räth zu großer Vorsicht bei den Operationen in der Nähe des Ganges und hält, bei einer Verletzung desselben, die Naht für die rationellste Therapie. Ist der Gang oder der zerrissene Ast selbst nicht sichtbar, so wird die Wunde tamponirt, ist der Gang dagegen zu erreichen, so legt man um den proximalen Theil desselben eine provisorische Ligatur und tamponirt dann die Wunde. Erfolgt bei diesem Verfahren starker Abfluss von Lymphe und Abmagerung des Pat., so wird die Ligatur zugezogen. Man rechnet dann auf die Ausbildung von Lymphbahnenkollateralen. In den weitaus meisten Fällen scheint eine anstandslose Heilung zu erfolgen.

Tietze (Breslau).

---

23) **Enderlen.** Untersuchungen über die Transplantation der Schilddrüse in die Bauchhöhle von Katzen und Hunden.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. III. Hft. 3 u. 4.)

Da noch keine Übereinstimmung darüber herrscht, in wie weit Transplantion von Schilddrüsen die Folgen der Exstirpatition derselben

ersetzen kann, da besonders Munk zu wesentlich anderen Resultaten in dieser Frage gekommen ist, als die Mehrzahl der Autoren, so unternahm E. eine umfangreiche Untersuchung darauf hin. Bei Hunden und Katzen exstirpirte er die Schilddrüse und verpflanzte sie in die freie Bauchhöhle oder zwischen Bauchfell und Fascie. Er giebt eine sehr genaue Beschreibung des mikroskopischen Verhaltens der eingepflanzten Drüsen und kommt zu dem Resultat, dass dabei zweifellos die Schilddrüse einheilen, funktioniren und Colloid produciren kann. Allein diese Funktion ist keine dauernde, wie v. Eiselsberg auf Grund seiner Experimente meint, sondern noch nach $1^1/_2$ Jahr können die Thiere an Tetanie zu Grunde gehen. Als Ursache davon muss man annehmen, dass entweder nicht genügend Colloid producirt, oder dass dasselbe nicht in gehöriger Weise abgeführt wird. Zur Anwendung in der Praxis ermuthigen demnach die Resultate nicht und stimmen mit den am Menschen gemachten Erfahrungen überein.

Haeckel (Stettin).

---

24) **Blattner.** Über die neueren Resultate der Diphtheriebehandlung der chirurgischen Klinik zu Zürich mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. III. Hft. 5.)

Mit zahlreichen Kurven, Tabellen und kurzen Auszügen von 437 Krankengeschichten wird ausführlich das Resultat der Serumtherapie dargestellt, wovon Krönlein auf dem diesjährigen Chirurgenkongress (s. Beilage zu No. 26 p. 93 dieses Centralblattes 1898) schon das Wesentliche mitgetheilt hat.

Haeckel (Stettin).

---

25) **Rehn.** Operationen an dem Brustabschnitt der Speiseröhre.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVII. Hft. 4.)

Die vorliegende Arbeit enthält die genauere und ausführlichere Schilderung der beiden Fälle, bei denen R. Operationen an dem Brustabschnitt der Speiseröhre vorgenommen hat. Die Anführung der bisher noch spärlichen Litteratur ergiebt, dass derartige Bestrebungen, an der Speiseröhre zu operiren, noch gering gewesen sind. Nur Nasiloff, Quénu und Hartmann kommen in Betracht, welche an Leichen Experimente vornahmen, während R. zum 1. Mal am Lebenden die Freilegung des tiefer gelegenen Ösophagustheils vornahm. Genauere anatomische Schilderungen geben den Weg an, den man zweckmäßigerweise zu gehen hat; Verf. wählt für die Gegend des 4.—8. Brustwirbels die rechte Körperseite, um von hier aus neben der Wirbelsäule in die Tiefe zu dringen. Die möglichen Komplikationen, wie Verletzung der Pleura, der Vena azygos, des Grenzstranges des Sympathicus etc. finden eine eingehendere Besprechung eben so wie die eventuelle Rolle, die diese Ereignisse spielen können. Wesentlich ist vor Allem eine Verletzung der Pleura. Die Speise-

röhre ist leicht isolirbar und lässt sich gut hervorziehen. Wichtig ist die Beobachtung einiger physiologischer Vorkommnisse an ihr, wie die unter Lungenaspiration erfolgenden respiratorischen Bewegungen derselben und eben so die pulsatorischen Exkursionen am Aortenbogen. Ferner fand Verf. auch bei einem Fall von Kropfexcision als gelegentliche Beobachtung, dass durch die im Magen befindliche Luft eine recht bedeutende Aufblähung der Speiseröhre bis zu ihrem Anfangstheil bewirkt werden kann, wenn Brechbewegungen sich einstellen. Da durch solche Eventualitäten leicht am kranken Ösophagus Perforationen eintreten können, muss vor Operationen an demselben eine Magenfistel angelegt werden, welche gewissermaßen als Sicherheitsventil dient.

Nach eingehender Schilderung der interessanten Krankengeschichten jener beiden Fälle spricht R. noch über die Indikationen für Eingriffe am Brusttheil der Speiseröhre, bezw. für Freilegung des hinteren Mediastinums. Da kämen vor Allem in Betracht periösophageale Phlegmonen, dann Fremdkörper, welche im Brustabschnitt der Speiseröhre stecken geblieben und auf keine andere Weise zu entfernen sind, ferner die gutartigen Strikturen des Organs und das Carcinom desselben, bei welchem Verf. mit Recht die bisherigen Heilmethoden als unzulänglich kritisirt. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

26) **J. Potarca.** La chirurgie intramédiastinale postérieure. Paris, **G. Carré** et **C. Naud**, 1898.

P., aus dessen Feder bereits mehrere Aufsätze über die Chirurgie der Speiseröhre stammen, liefert in der vorliegenden — über 100 Seiten starken — Monographie einen interessanten Beitrag zu dem auch in Deutschland durch die Mittheilungen von Rehn und seinem Schüler Bode augenblicklich aktuell gewordenen Thema. Allerdings beschränkt er sich dabei nicht allein auf die Speiseröhre, sondern bezieht überhaupt die chirurgischen Erkrankungen des hinteren Mediastinums in seine Besprechung ein. Zu diesem Zweck liefert er zunächst einmal eine genaue anatomische Beschreibung der fraglichen Gegend auf Grund zahlreicher Horizontalschnitte durch den gefrorenen Thorax. Eine Reihe sorgfältiger vom Verf. angefertigter Zeichnungen illustriren das Gesagte. Es kommt dem Verf. dabei hauptsächlich darauf an, das Verhältnis der Pleura zum Ösophagus zu demonstriren, welche sich von rechts her so dicht heranschiebt, dass sie ihn nicht nur erreicht, sondern sich zwischen ihn und die Wirbelsäule einzwängt und z. B. in der Höhe des 10. Brustwirbels ihn in Form einer Falte nach links hin noch weit überragt. Interessant ist ferner das Verhältnis der Aorta zur Speiseröhre, welche von links hinten her völlig den Zugang zum Ösophagus verlegt. Auf dies Verhalten gründet sich der gleich zu erwähnende, vom Verf. vorgeschlagene Operationsplan für die Freilegung des intrathoracischen Theils der Speiseröhre. Die nächsten Bemerkungen des Verf. beziehen

sich auf die Behandlung der Abscesse des hinteren Mediastinums. Er citirt 13 Beobachtungen aus der Litteratur, in denen operirt wurde (3 akute Eiterungen, 10 chronische — meist Wirbelkaries) und empfiehlt als rationelle Behandlung in solchen Fällen die hintere Thorektomie, rechts oder links von der Wirbelsäule, je nach dem Sitz der Eiterung bezw. der bereits bestehenden Fistel. In die Tiefe des Mediastinums hinein führen aber erst diejenigen Operationen, welche am Ösophagus vorgenommen werden; und zwar können hierzu Fremdkörper, Narben, Geschwülste event. Divertikel, Veranlassung geben. Entgegen der Ansicht früherer Autoren (Nasiloff, Quénu und Hartmann), welche zu diesem Zweck entweder principiell links von der Wirbelsäule auf die Speiseröhre eindringen oder diese doch im oberen Theil des Brustkorbs von links her zu erreichen suchen, ist nach des Verf. Ansicht der einzig rationelle Weg derjenige von der rechten Seite der Wirbelsäule her. Es ist richtig, dass auf dieser Seite die Pleura gewisse Schwierigkeiten macht, aber diese sind nicht zu vergleichen mit den Gefahren der Blutung bei Umgehung der Aorta von links her. Ganz abgesehen von der Gefahr, diese selbst zu verletzen, giebt es hier so zahlreiche, von derselben abgehende Äste, dass die Schwierigkeiten sich auf Schritt und Tritt mehren und das Gelingen des Planes außerordentlich in Frage stellen. Dem gegenüber ist die Ablösung der Pleura auf der rechten Seite, sofern nicht narbige Verwachsungen bestehen, meist leicht, und auch selbst wenn Verletzungen derselben entstehen, so besitzen wir Mittel, um die Gefahren des Pneumothorax zu bekämpfen. Auf Grund dieser Ausführungen entwickelt P. dann einen Operationsplan, der mit geringen Modifikationen für alle hier in Betracht kommenden Speiseröhrenaffektionen gültig ist. Derselbe entspricht so dem bereits von Rehn mitgetheilten Verfahren, dass eine detaillirte Schilderung sich wohl erübrigt. Zum Schluss bespricht Verf. dann noch eine Reihe von anderen Affektionen (der Bronchien, der Lungen), bei denen die geschilderte Operationsmethode wohl in Frage kommen dürfte. Ist auch nicht zu leugnen, dass hier Verf. wohl etwas zu weit geht, so muss doch durchaus anerkannt werden, dass die ganze Studie einen sehr gediegenen Eindruck macht. Die Lektüre der verdienstvollen Arbeit kann daher sehr empfohlen werden. **Tietze** (Breslau).

---

27) **M. Gerulanos.** Über den jetzigen Stand der Lungenchirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 312.)

Ein wie es scheint vollständiger, die Litteratur erschöpfender zusammenstellender Bericht über das Thema in kurzer und knapper Fassung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

28) Villière. De l'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1898.

Die Fälle von Lungengangrän, welche bisher Veranlassung zu operativen Eingriffen gegeben haben, werden vom Verf. zusammengestellt; er berichtet über 70 Fälle, bei denen entweder die einfache Punktion oder die Punktion mit nachfolgender Injektion desinficirender Flüssigkeiten oder meistens die Pneumotomie mit Rippenresektion ausgeführt wurde. Die Erfolge richten sich hauptsächlich nach dem vorhandenen Grundleiden. Am günstigsten waren sie in den 31 Fällen, bei denen die Gangrän nach Pneumonie aufgetreten war; von ihnen wurden 22 geheilt, 2 gebessert, 7 starben. Am ungünstigsten wird die Prognose bei Gangrän in Folge von Perforation des Ösophagus. Im Ganzen sind von den 70 Fällen 36 geheilt, 4 gebessert und 30 gestorben. Die aus der vorliegenden Kasuistik gezogenen Lehren fasst Verf. wie folgt zusammen:

Nur die abgegrenzten Brandherde eignen sich zur Operation.

Die Operation ist in dem Stadium vorzunehmen, in welchem der gangränöse Herd sich abzugrenzen beginnt.

Für die Operation ist eine genaue Diagnose des Sitzes der Erkrankung erforderlich.

Die einzeitig ausgeführte Pneumotomie, bei der, wenn pleurale Verwachsungen fehlen, die Vereinigung der Pleurablätter durch die Naht gemacht werden soll, ist die Operation der Wahl.

Die Mortalität, welche bei interner Behandlung 75—80% beträgt, lässt sich durch die chirurgische auf 40% herabdrücken.

Erschöpfung, Septhämie und sekundäre Gangränherde bilden in den meisten Fällen die Ursache des Todes. **Sultan** (Göttingen).

---

29 Martens. Experimenteller Beitrag zur Kenntnis von der Ausheilung des Empyems.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 181.)

M. hat seine Versuche in der König'schen Klinik an Kaninchen angestellt. Zunächst wird der Heilungsverlauf des aseptischen Pneumothorax studirt; dann folgen die Versuche über das Empyem, die schon dadurch Interesse haben, dass sie die ersten sind, in denen eine künstliche Empyembildung am Versuchsthier gelungen ist. M. bediente sich zu dem Zweck der Injektion verschiedenen Materials, theils Eiters von wechselnder Herkunft, theils Aufschwemmungen von pyogenen Kokkenkulturen. Die besten Resultate gab Einspritzung eines vorher sterilisirten Mehlbreies, mit Zusatz von Staphylokokken geringer Virulenz. Nach Feststellung eines herbeigeführten Empyems durch Probepunktion wurden die Thiere in Narkose mittels Rippenresektion operirt und nach Exsudatentleerung und Einlegung eines Drains mit gut schließendem Verband versehen.

Die nach verschieden langen Zeiten theils gestorbenen, theils getödteten Thiere sind anatomisch untersucht, insbesondere nach Gefrierung in schmale Scheiben durch die Brust zersägt, was gute Situsbilder lieferte.

Bezüglich des Verlaufs des unkomplicirten Pneumothorax haben M.'s Versuche die Lehren König's hierüber bestätigt. Ein Pneumothorax, selbst mit großer Öffnung und eingelegtem Drain, kommt schnell zur Heilung, und zwar einfach durch Resorption der Luft, wenn die Öffnung in der Brustwand durch einen geeigneten und genügend lange liegen bleibenden Verband luftdicht abgeschlossen wird, bis die Wunde verklebt ist. Verwachsungen zwischen den Pleurablättern bilden sich dabei in der Regel nicht, nur wenn man den Drain einheilen lässt, in der Umgebung desselben. Sorgt man für dauerndes Offenbleiben des Pneumothorax, so bleibt die Lunge kollabirt und wird verhältnismäßig schnell durch bald sich organisirende Verklebungen an ihrer Wiederausdehnung verhindert.

Nach Empyemoperationen aber bewirkt ein luftdicht abschließender Verband, dass die Lunge bei den Athembewegungen in normalem Sinne athmen kann, dass sie durch forcirte Exspiration gebläht, und Luft aus der Pleurahöhle herausgedrückt wird, dass ferner Luft resorbirt wird, ohne dass von außen wieder Luft eindringen kann. Die so ausgedehnte Lunge wird durch schnell sich organisirende, fibrinöse Verklebungen mit der Brustwand verbunden und bei etwaigen Verbandwechseln ansgedehnt erhalten. Bleibt der Pneumothorax bei nicht abschließendem oder zu oft gewechseltem Verband ein offener, so kann sich die Lunge nicht ausdehnen, oder wird sie auch einmal aufgebläht, so sinkt sie doch sofort wieder zusammen. Bald wird sie in diesem kollabirten Zustand durch Verwachsungen festgehalten, und so ihre Wiederentfaltung verhindert. Für die Praxis ist hiernach ein gut abschließender Verband nöthig, derselbe nicht mehr als nöthig zu wechseln, ein nicht zu langer Drain zu nehmen, und jede unnöthige Ausspülung zu vermeiden.

Die zahlreichen Abbildungen mit Darstellung verschiedener Empyemheilungsstadien sind recht interessant.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Beitrag zur regionären Cocainanästhesie.

Von

Dr. med. **Heimann** in Schwäbisch-Hall.

Bei der Entfernung einer haselnussgroßen, am Übergang der Schleimhaut in die Epidermis befindlichen Schleimcyste der Unterlippe hatte ich kürzlich Gelegenheit, die regionäre Cocainanästhesie nach Prof. Oberst in vollendeter Weise zur Anwendung bringen zu können. Ich nahm ein biegsames Pessarium — Patentgummi mit Kupferdrahteinlage — von entsprechender Größe, klappte es in der

Mitte um und klemmte zwischen die so entstehenden 2 Halbkreise die kleine Geschwulst mit ihrer nächsten Umgebung. Nachdem ich durch etwas Chloräthyl zunächst die oberflächliche Schicht unempfindlich gemacht, injicirte ich an den 4 Seiten der Cyste im Ganzen $^1/_2$ g einer 1%igen Cocainlösung und konnte nach wenigen Minuten im völlig blutleeren Raum die Exstirpation der Geschwulst wie auch die Anlegung der 2 erforderlichen Nähte ohne jegliche Schmerzempfindung von Seiten der ängstlichen Pat. vornehmen. Ich gestatte mir, diesen kleinen Kunstgriff bei ähnlichen Operationen an der Lippe zu empfehlen.

---

30) **A. Ebner.** Über luetischen Primäraffekt an den oberen Luftwegen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLV. Hft. 2.)

Verf. hat aus der Litteratur 191 Primäraffekte an den oberen Luftwegen zusammengestellt. Aus seiner Statistik ergiebt sich, dass die Sklerose in 14,6% der Fälle an der Nase (öfter am Nasenflügel, als am Septum), in 12,5% im Nasenrachenraum, in 72,2% im Rachen, 1mal (?) im Kehlkopf lokalisirt war. Die Rachensklerose sitzt meist (unter 127 Fällen 123mal) an den Tonsillen (6mal doppelseitig, rechts häufiger als links), selten an Gaumenbögen, hinterer Rachenwand und Uvula. Männer und Frauen waren gleich häufig befallen. Der Modus der Infektion war nicht sehr oft zu eruiren (42mal durch inficirte Geräthe, 14mal von einem hereditär-syphilitischen Kind aus, 6mal durch den Finger, 3mal durch Küsse).

Jadassohn (Bern).

31) **E. G. Janeway.** Danger of error in diagnosis between chronic syphilitic fever and tuberculosis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1898. September).

J. macht darauf aufmerksam, dass die tertiäre viscerale Syphilis oft langanhaltendes Fieber macht und durch Verwechslung mit Tuberkulose zu verhängnisvollen Irrthümern führt.

Von den 6 instruktiven Fällen, die J. anführt, seien folgende zwei hervorgehoben:

1) Ein erwachsener Mann, der an Nachtschweiß, Fieber, Gewichtsabnahme, Schmerzen in der rechten Seite litt, war von einem berühmten Arzt zur Aufgabe seines Berufs und zum Eintritt in eine Heilanstalt gegen Lungentuberkulose veranlasst worden. J. fand nichts auf der rechten Lunge, sondern eine schmerzhafte Erkrankung des rechten Schlüsselbeins und der 2 obersten Rippen. Antisyphilitische Behandlung stellte ihn in 1 Monat wieder her.

2) Ein anderer Pat. war unter andauerndem Fieber in einer Lungenheilanstalt so heruntergekommen, dass der behandelnde Arzt an Miliartuberkulose dachte und jede Hoffnung auf Heilung aufgab. J. konnte objektiv eben so wenig nachweisen, ließ aber mit Rücksicht auf die anamnestischen Angaben eine antisyphilitische Kur, und zwar mit Erfolg, einleiten. Nach einem Jahre erkrankte er in einer anderen Stadt unter den Erscheinungen einer tuberkulösen Synovitis des Knies, welche vom Arzte incidirt werden sollte. Vorher wandte sich der Kranke jedoch an J., der ihn auf die frühere Weise wieder herstellte.

Gerade mit einem Hydrops genu, der allen Behandlungen, einschließlich Punktion und Karbolinjektion, trotzte, ist es dem Ref. eben so ergangen. Einige Gramm Jodkali heilten das Gelenk, das nahezu 1 Liter Flüssigkeit enthielt, vollkommen aus.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

32) **A. Arnheim.** Zur Kasuistik des Ikterus im Frühstadium der Syphilis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVI. No. 9.)

A. publicirt in einer Tabelle 10 Fälle von Ikterus bei frisch syphilitischen Personen; im Gegensatz zu den Beobachtungen anderer Autoren trat der Ikterus

nur einmal mit dem ersten Exanthem auf; in der Hälfte der Fälle erst im Verlauf der ersten syphilitischen Erkrankung, in der anderen Hälfte während eines Recidivs. In 2 weiteren Fällen starben Pat. im Frühstadium der Lues an akuter gelber Leberatrophie. Charakteristische syphilitische Veränderungen wurden bei der Sektion nicht gefunden. **Jadassohn** (Bern).

33) **E. A. Homén.** Zur Kenntnis der großen meningealen und Gehirngummata, so wie der Rückenmarksyphilis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 1.)

4 in ihren Einzelheiten sehr interessante, zum Referat aber ungeeignete Fälle von zum Theil kolossalen Gummata der Meningen bei vernachlässigter, resp. verkannter Syphilis nebst genauer histologischer Untersuchung bilden den Hauptinhalt der vorliegenden, durch 2 Tafeln illustrirten Arbeit, deren genauere Kenntnis für den Neurologen wie für den Syphilidologen von Bedeutung ist.

Jadassohn (Bern).

34) **F. Pick.** Tabes mit Meningitis syphilitica nebst Bemerkungen über die Genese der sogenannten »neugebildeten« Elastica bei Endarteriitis obliterans.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 51. (Festschrift für F. J. Pick.)

Von den bisher sehr spärlichen Fällen von Tabes mit syphilitischer Meningitis sind nur sehr wenige bezüglich der Diagnose dieser beiden Veränderungen einwandsfrei. Die von P. gegebene anatomische Beschreibung eines solchen Falles scheint nach der sorgsamen Kritik des Verf. eine andere Deutung nicht zuzulassen. Die außerordentlich hochgradige Meningitis wies zwar histologisch Analogien mit der Tuberkulose auf, aber sowohl anatomische und klinische Argumente als auch das Fehlen von Bacillen sprachen gegen diese Annahme. Über die Frage, ob in solchen Fällen die tabische — oder pseudotabische — Erkrankung eine Folge der Meningitis sei, äußert sich P. auf Grund seiner histologischen Befunde im Allgemeinen im negativen Sinne. In einem besonderen Abschnitt bespricht er die viel beschriebene »zweite Elastica« bei der Endarteriitis syphilitica und kommt zu dem Resultat, dass diese nicht das Produkt einer Intimawucherung, sondern »als durch Abhebung einzelner Schichten der ursprünglichen Membrana fenestrata in Folge der Erkrankung der Außenhäute entstanden anzusehen sei«.

Jadassohn (Bern).

35) **F. Hanszel.** Circumscriptes Gumma der Trachea.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 42.)

49jähriger Pat. leidet seit 20 Jahren an Athembeschwerden; bei Erkältungen nimmt die Athemnoth zu. Durch Influenza Zunahme der Erscheinungen. Lues geleugnet, keine Anzeichen dafür vorhanden, doch weist in der Anamnese ein überstandener Ausschlag darauf hin.

Kehlkopfbefund: Unterhalb der Glottis sitzt breitbasig am Ringknorpel und nach abwärts an der rechten hinteren Kehlkopfwand eine intensiv rothe kuglige Geschwulst, deren Oberfläche ein dichtes Gefäßnetz besitzt. Sie füllt die Lichtung der Luftröhre bis auf einen kleinen seitlichen Spalt aus. Konsistenz, mit der Sonde geprüft, ist weich, sie ist leicht kompressibel. Sonst bietet der Befund der inneren Organe nichts Pathologisches. Nach 20%iger Cocainanästhesirung Incision der Geschwulst (Chiari), Blutung, kein Eiter. Jodkali. Abnahme der Geschwulst. Nach 4 Monaten, nach Mittheilungen des Pat., Wohlbefinden ohne Beschwerden. **Hübener** (Breslau).

36) **Livingood.** A case of sarcoma of the oesophagus.

(John Hopkins Hospital Bulletin 1898. Juli.)

Unter 1000 in John Hopkins Hospital ausgeführten Sektionen fanden sich 11 Fälle von Carcinom der Speiseröhre, dagegen nur ein Fall von Sarkom dieser

Körpergegend, den Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte. 55jähriger Mann begann vor einem halben Jahre über Schmerzen im Hals oberhalb des Brustbeins zu klagen. Schlucken vermehrte die Schmerzen. Feste Speisen wurden nur mit Mühe heruntergebracht. Die eingeführte Sonde traf bei 44 cm auf einen Widerstand. Kurz vor dem Tode reichlicher Husten. Bei der Obduktion fand sich 4 cm unterhalb der Theilung der Trachea in der Speiseröhre eine fast ringförmige, 6 cm lange ulcerirte Geschwulst, die sich als Spindelzellensarkom erwieß. Die anliegende Lunge war theilweise gangränös. **Strauch** (Braunschweig).

37) **Riese.** Beiträge zur Serumtherapie bei Diphtherie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVII. Hft. 1.)

R. giebt einen Bericht über 100 Fälle echter Diphtherie aus dem Krankenhause in Britz. Sie sind alle mit Serum behandelt worden. Von 82 bakteriologisch untersuchten Kranken boten 11 keinen positiven Befund bezüglich des Vorhandenseins Löffler'scher Bacillen. Die Sterblichkeit betrug 8%. Verf. glaubt, dieselbe wäre vielleicht geringer gewesen, wenn er von vorn herein gleich große Dosen von 2000—3000 I. E. eingespritzt hätte. Mischinfektionen mit Staphylkokken und Streptokokken waren häufiger und meist auch schwerer Natur. Aber auch bei diesen Formen der Bretonneau'schen Krankheit wirkte das Serum günstig, besonders wenn es in größeren Mengen injicirt wurde.

Von den 100 Pat. mussten 56 tracheotomirt werden, eine gewiss sehr hohe Zahl. Dagegen starben von den 56 Tracheotomirten nur 4, was gegen frühere Statistiken, wo nahezu die Hälfte dieser Operirten starb, eine enorm günstige Statistik wäre. Übrigens zeigt diese Sterblichkeit der Tracheotomirten einen geringeren Procentsatz als die der nicht Operirten, was sehr auffallend ist. Dem Verf. bewährte sich, wie Anderen, am meisten frühzeitige Injektion bis zum 2. und 3. Tage. Gaumensegel- und andere Lähmungen wurden 11mal beobachtet. Andere interessante Einzelheiten sind im Original nachzulesen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

38) **J. Caz.** Phlegmone glosso-epiglottica.

(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 2.)

Unter Mittheilung zweier Beobachtungen glaubt Verf. eine eigene Krankheitsform von der Tonsillitis praeepiglottica phlegmonosa einerseits und der Perichondritis epiglottidis andererseits unterscheiden zu sollen. Das Bemerkenswerthe in beiden Fällen ist, dass die Zungenbewegungen nicht gelitten hatten, wie bei der Phlegmone der Zungentonsille, und dass die aryepiglottischen Falten nicht ödematös waren. Trotzdem bestand in einem Falle starke Athemnoth, welche die Tracheotomie erforderte, da die Eröffnung der Geschwulst durch den Mund nicht angängig war. Auch in dem zweiten Falle wurde die Eröffnung der Geschwulst verweigert, so dass es zweifelhaft bleibt, ob Abscedirung eingetreten war.

Teichmann (Berlin).

39) **A. Noack.** De l'éversion ventriculaire.

(Revue de laryngol. 1898. No. 44.)

Der Vorfall der Kehlkopfschleimhaut im Bereich des Morgagni'schen Ventrikels beruht gewöhnlich auf entzündlicher Auflockerung des submukösen Gewebes. Verf. beschreibt hier einen Fall aus der Beobachtung Moure's, wo eine im Morgagni'schen Ventrikel sich entwickelnde Geschwulst (angeblich ein Angiomyxom) den Anlass zum Vorfall der Schleimhaut gegeben hatte. Derselbe wurde erst durch die mikroskopische Untersuchung des mit der Schlinge entfernten Vorfalls diagnosticirt. **Teichmann** (Berlin).

40) **V. Uchermann.** Akute Dyspnoë, hervorgerufen durch Trendelenburg's Tamponkanüle.

(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 2.)

Bei einer Operation wegen Kehlkopfkrebses trat plötzlich, nach einem erneuten und stärkeren Aufblasen der nicht ganz fest abschließenden Kanüle, stärkste

inspiratorische Athemnoth mit Cyanose ein, welche sofort beim Öffnen des Hahnes verschwand. Verf. wiederholte das Aufblasen in seiner geschlossenen Hand statt in der Trachea und leitet daraus folgende Erklärung für das Vorkommnis ab: Indem die Kautschukblase beim Aufblasen sich den festen Seitenwänden nähert, kann sie sich nur nach oben und nach unten weiter ausdehnen, wenn das Aufblasen fortgesetzt wird. Nach unten geschieht dies um so leichter, als die Kanüle hier etwas verjüngt ist. Wird das Aufblasen nun fortgesetzt, so drängt sehr bald die Kautschukblase sich unterhalb der Kanülenspitze hervor und schließt mehr oder weniger vollständig das Lumen derselben ab. **Teichmann** (Berlin).

41) **Combemale et Gaudier** (Lille). Un cas de goître exophthalmique; action de la sympathicotomie sur l'exorbitisme et sur la tachycardie.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. April.)

Es handelt sich um eine 32jährige Frau, deren Kopf ohne Ursache an Größe zunimmt unter den Begleiterscheinungen der Exophthalmie, der Tachykardie und des ganzen Symptomenkomplexes der Hyperthyroidisation. Nach vergeblicher medikamentöser Therapie wird zur Resektion des rechten Sympathicus (7,3 cm) geschritten nach Freilegung desselben durch einen 12 cm langen Schnitt hinter dem rechten Sterno-cleido-mastoideus. Das Resultat dieses Eingriffes war: unmittelbare Verminderung des Exophthalmus, Verminderung der Pulszahl von 200 auf 100 am Ende der ersten Woche. Am Kropf selbst war keine Abnahme zu konstatiren, jedoch waren alle nervösen Symptome (Palpitationen, Dyspnoë, Beklemmungen) verschwunden.

Die Verff. glauben nicht, dass der Ausfall des Sympathicuseinflusses direkt den bedeutenden Effekt auf die Tachykardie gehabt hat, sondern nehmen mit Wertheimer an, dass durch Fortfall der Sympathicusfasern die Hypersekretion der Schilddrüse, welche durch die genannten Fasern beherrscht wird und den beschleunigenden Einfluss auf die Herzbewegung hat, herabgedrückt wird.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

42) **A. Baurowicz.** Über Schilddrüsengeschwülste im Innern des Kehlkopfs und der Luftröhre.

(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 2.)

Ein 21jähriges Mädchen, welches von anderer Seite zuvor wegen eines Kropfes an der linken Seite des Halses operirt und wegen fortdauernder Athemnoth mit Trachealkanüle entlassen worden war, zeigte laryngo- und tracheoskopisch bei Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes unterhalb desselben eine breit aufsitzende, an der unteren Grenze flach in die Luftröhrenwand übergehende, im oberen Theile mehr vorragende Geschwulst von glatter Oberfläche, elastischer Konsistenz, rother Farbe und mit unveränderter Schleimhaut überzogen. Die Vermuthung, dass es sich um eine strumöse Geschwulst handele, wurde bei der Operation bestätigt, in dem es sich zeigte, dass die durch Laryngotomie entfernte Geschwulst durch die Zwischenräume der Trachealringe und die hintere Luftröhrenwand hindurchgewachsen, mit dem resecirten extralaryngealen Kropf in Zusammenhang stand. B. betrachtet dieses Verhalten als Beweis dafür, dass auch hier, wie in ähnlichen von Paltauf und v. Bruns beschriebenen Fällen, der Kropf von außen hineingewuchert war, und nicht etwa die intralaryngeale Geschwulst aus einer versprengten embryonalen Schilddrüsenanlage entstanden war.

Teichmann (Berlin).

43) **B. Retzlaff.** Prophylaktische Tracheotomie behufs endolaryngealer Ausrottung eines großen Papilloms der rechten Stimmlippe.

(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 2.)

Es handelte sich um eine große, theilweise subglottisch sitzende Geschwulst und es bestand die Gefahr, dass bei der endolaryngealen Operation plötzliche Erstickung, sei es durch Blutung, sei es durch Einklemmung der Geschwulst

zwischen den Stimmbändern entstehen könnte. Die unter Lokalanästhesie ausgeführte Tracheotomie erleichterte der Pat. wie dem Operateur die Entfernung der Geschwulst ganz wesentlich. Bereits am zweiten Tage nach beendigter Exstirpation konnte die Kanüle entfernt werden. Verf. spricht sich lebhaft für die prophylaktische Tracheotomie in solchen Fällen aus, selbst wenn zur Zeit gar keine Stenosenerscheinungen vorliegen. **Teichmann** (Berlin).

44) **A. Riedel** (Rothenburg o/T.). Zur Kasuistik der Lungenchirurgie.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 28.)

In dem 1. der mitgetheilten Fälle war vor der Operation, obwohl bei der Probepunktion ein Auf- und Abwärtssteigen der — im Lungengewebe steckenden — außen frei schwebenden Punktionsnadel auffiel, ein Empyema pleurae diagnosticirt worden, an dessen Stelle sich bei der Operation nach längerem Suchen eine große Abscesshöhle im Unterlappen der Lunge fand; die beiden Pleurae waren mehrfach mit einander verwachsen. Nach breiter Eröffnung und Entleerung des Eiterherdes ging es der 13jährigen Pat. zunächst gut; doch bildete sich schließlich noch eine Eitersenkung in der Bauchwand. Heilung. — Im 2. Falle war der peripher gelegene Lungenabscess mit der Brustwand verlöthet, so dass seine Eröffnung keine Schwierigkeiten bot; dafür war der weitere Verlauf dadurch komplicirt, dass es durch Retraktion der Lunge zu einem Pleuraempyem kam. Heilung mit Fistelbildung. **Kramer** (Glogau).

45) **G. R. Rubinstein.** Zur Frage der Histogenese des primären Lungenkrebses.

(Wratsch 1898. No. 32.)

Der 61jährige Pat. — ein Schornsteinfeger — überstand vor einem Jahr eine krupöse Pneumonie und wurde mit den Symptomen von Lungenemphysem und Bronchialkatarrh aufgenommen. Tod 4 Tage darauf in Folge Lungenblutung. Bei der Sektion fand sich in der linken Lunge ein Carcinom, $1^1/_2 \times 5$ cm groß, das die Lungenvene umwuchert und arrodirt hatte. Mikroskopisch erwies sich das Carcinom als vom Epithel der Alveolen ausgehend (Plattenepithelkrebs). R. glaubt, dass die Ursache der Reiz des Epithels durch die Pneumonie war; dasselbe fing an zu wuchern, verwandelte sich in kubisches oder rundes, dem embryonalen ähnliches Epithel, und letzteres führte durch stete Vermehrung zur Bildung des Krebses. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

46) **E. Welcke** (München). Über eine bisher nicht beobachtete Art von Parasiten in einem jauchigen Pleuraexsudat.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 34.)

Aus der Krankengeschichte, die namentlich in Bezug auf den Befund bei der Operation lückenhaft ist, sei hervorgehoben, dass in den aus einem Lungenabscess entleerten Jauchemassen neben Bacillen lange, fadenförmige Gebilde theilweise mit Verdickung des vorderen Endes und mit schlangenförmiger Bewegung gefunden wurden, welchen eine Mittelstellung zwischen Spirillen und Protozoen — nach Prof. Hertwig's Begutachtung — zugewiesen wird. **Kramer** (Glogau).

47) **L. Froriep.** Über Verblutung und Verletzung einer Interkostalarterie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 2.)

F. berichtet über einen tödlich verlaufenen Fall von Stichverletzung einer A. intercostalis, in welchem die Sektion als alleinige Todesursache eine Blutung aus der kaum $^1/_2$ mm weiten Lichtung der durchtrennten Arterie ergab. Da bekanntlich sonst Blutungen in solch kleinen Arterien von selbst zum Stehen kommen, muss hier angenommen werden, dass in Folge des negativen Druckes im Brustkorb das Blut gleichsam aus dem Gefäß herausgesogen, und dadurch eine Thrombosirung verhindert wurde. Im Anschluss stellt Verf. die bisherige Litte-

ratur der Stich- und Schussverletzungen der Interkostalarterien (30 Fälle) zusammen; bei ersteren erfolgten stets primäre, bei letzteren meist sekundäre Blutungen; 10mal wurde eine tödliche Hämorrhagie beobachtet, als alleinige Todesursache ließ sich dieselbe indessen außer in Verf.s eigenem Falle nicht sicherstellen.

Honsell (Tübingen).

48) **W. W. Keen.** Resection of the sternum for tumors.

(Med. and surg. reporter 1897. No. 13.)

2 Fälle von Brustbeinresektion mit Ausgang in Heilung.

1) Frau von 28 Jahren. Wegen Sarkomresektion des Manubrium, des inneren Drittels des linken Schlüsselbeins, eines Theils der linken 1. Rippe und eines Theils des Sternocleidomastoideus.

2) Frau von 44 Jahren. Nach Brustkrebs Carcinom des Brustbeins. Resektion des größten Theils desselben. Später Tod an Recidiv.

Im Anschluss hieran stellt K. 17 Fälle von Brustbeinresektion wegen Geschwulstbildung aus der Litteratur in Tabellenform zusammen. In Folge der Operation sind von der Gesammtzahl 19 nur 4 gestorben. **E. Martin** (Köln).

49) **Verchère** (St. Lazar.) Mastopexie latérale contre la mastoptose hypertrophique.

(Méd. moderne 1898. No. 68.)

Verf. hat in einem Falle die »Hängebrüste« einer Schauspielerin so beseitigt, dass er einen dreieckigen Lappen, dessen obere Kathete fast horizontal parallel am Herzrand in der Achselhöhle und dessen zweite fast parallel dem Pectoralisrand bis in die Mamma selbst verlief, aus der Haut entfernte und mit tiefgreifenden, das Bindegewebe mitfassenden Nähten so vereinigte, dass eine λ-Figur entstand, deren oberer Schenkel gerade auf die Spitze der Achselhöhle wies. Der plastische und cirkulatorische Erfolg war sehr befriedigend. V. stellt den Nutzwerth der Operation, dem einer Radikaloperation der Hernie gleich. (? Ref.) Über den Dauererfolg ist nichts gesagt! **Roesing** (Hamburg).

Bemerkung zu dem von Herrn Dr. Breuer veröffentlichten Nachtrag zu seiner Originalmittheilung: Eine neue Operation der Hypospadie der Eichel nach Bardenheuer.

Von

*Prof. v. **Hacker**.*

Da Herr Dr. Breuer diesen Nachtrag (No. 49 d. Bl.) in der irrthümlichen Meinung geschrieben haben dürfte, dass das in Rede stehende neue Operationsverfahren von mir, obwohl früher veröffentlicht, doch später ausgeführt worden sei, als von Bardenheuer, theile ich hier mit, dass ich jene Operation bereits am 3. Mai vorigen Jahres vorgenommen habe. Der geheilte Pat. wurde auch in der Sitzung der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft von Innsbruck am 21. Mai 1898 vorgestellt, worüber in der Wiener klin. Wochenschrift vom 7. Juli v. J. No. 678 ausführlich referirt ist.

Für das Centralblatt ist hiermit die Diskussion über die Vaterschaft der Beck-v. Hacker-Breuer'schen Hypospadie-Operation beendet. *Redaktion.*

Berichtigung: p. 1243 (1898) letzte Zeile lies 32 statt 2.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. Sonnabend, den 14. Januar. 1899.

(**Aus der Breslauer chirurg. Universitätsklinik des Prof. J. Mikulicz.**)

Zur Beurtheilung der verschiedenen Methoden der Darmvereinigung.

Von

Dr. V. Chlumský.

Die Frage, ob der Knopf oder die Naht bei der Bildung von Darmanastomosen angewandt werden soll, wird immer akuter. Bei Durchsicht der Litteratur der letzten Jahre zeigt es sich zwar, dass die Zahl der Anhänger des Darmknopfes und speciell des Murphyschen Knopfes sich ständig vermehrt, aber auch die wärmsten För-

derer dieser Methoden wünschen noch an ihren »Buttons« verschiedene Verbesserungen. Wir haben also für die nächste Zeit eine Reihe von neuen Vorschlägen auf diesem Gebiet sicher zu erwarten. Trotzdem glaube ich, werden wir — wenn uns ein glücklicher Zufall nicht besonders günstig ist — kaum so bald das gesuchte Ideal einer absolut vollkommenen Methode der Darmanastomose finden.

Es werden neue Knöpfe konstruirt, neue Methoden für Darmanastomosen angegeben, praktisch erprobt und statistisch geschätzt; aber die der Anastomosenbildung zu Grunde liegenden feineren Heilungsvorgänge wurden bisher wenig studirt; auch die Leistungsfähigkeit der angelegten Anastomosen wurde bisher experimentell nicht geprüft, so dass es uns zur Beurtheilung des Werthes der einzelnen Methoden an einer brauchbaren Grundlage fehlt.

In der letzten Zeit habe ich eine Reihe von Versuchen angestellt, die vielleicht in einer Richtung Aufklärung bringen können, nämlich in Bezug auf die Frage der Festigkeit der Darmanastomosen. Ich legte eine größere Serie solcher Anastomosen bei Thieren an, zunächst, um dieselben nach verschiedenen Zeiträumen mikroskopisch zu untersuchen. Wir besitzen zwar einige Arbeiten, die sich mit der histologischen Untersuchung von verschieden alten Darmvereinigungen beschäftigen, aber dieselben widmen entweder nur einer Darmschicht größere Aufmerksamkeit (Ritschl[1], Cornil[2]) oder beachten gerade die jüngsten, wichtigsten Stadien nur ungenügend (Rindfleisch[3]).

Bei der Ausführung meiner Anastomosen an Thieren habe ich bei den Nahtvereinigungen genau die Methode verfolgt, wie sie seit vielen Jahren an der Mikulicz'schen Klinik geübt wird und im Wesentlichen der Albert'schen[4] doppelreihigen Naht entspricht (anstatt der Knopfnähte wird die fortlaufende Naht angewandt). Außerdem habe ich Murphy'sche, Frank'sche und andere Knöpfe gebraucht, alle genau nach den Angaben der betreffenden Autoren.

Das Resultat der mikroskopischen Untersuchungen[5], die nur auf einem indirekten Wege die Festigkeit der Darmanastomosen beurtheilen lassen, hat mich aber bewogen, noch andere Versuche anzustellen, die direkt zum Ziel führen sollten. Ich bestimmte zunächst die Festigkeit der Anastomosen durch direkten mechanischen Zug, indem ich die Anastomosenschlinge an einem Ende hoch hielt und an dem anderen Gewichte befestigte. Aber auch diese Versuche waren ungenau und gaben keine unzweideutigen Resultate.

---

[1] Virchow's Archiv Bd. CIX. p. 507.

[2] Bull. de l'acad. de méd. 1896. No. 30.

[3] v. Langenbeck's Archiv Bd. XLVI. p. 600.

[4] Vgl. v. Frey, Über die Technik der Darmnaht. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIV. p. 43.

[5] Die genauere Beschreibung dieser Untersuchungen, die ich mit Herrn Dr. Reinbach ausgeführt habe, erscheint an anderer Stelle.



Viel exakter fielen dagegen die Experimente aus, in denen ich den **Wasserdruck** zu bestimmen suchte, den die Anastomosen auszuhalten vermochten, ohne nachzugeben. Diese Versuche ließen sich leicht anstellen, der Druck bequem messen; auch war die Feststellung der Festigkeit viel feiner, da schon die kleinste Läsion der Anastomose an dem heraussickernden Wasser sofort bemerkt wurde. Natürlich sind auch diese Messungen nicht absolut frei von Fehlern, und da sie nur an Thieren gemacht wurden, lassen sie sich auf den Menschen nicht ohne Weiteres übertragen. Um diese Lücke wenigstens theilweise auszufüllen, legte ich daher auch am menschlichen Darm von frischen Leichen verschiedene Anastomosen an. Des Vergleichs wegen wurden auch am todten Hundedarm dieselben Versuche wiederholt.

Um nicht von Haus aus Därme von verschiedener Widerstandskraft vor mir zu haben, benutzte ich zu den Thierversuchen lauter mittelgroße und annähernd gleich schwere Hunde. Die Thiere wurden dann einige Stunden, Tage bis Wochen nach der Operation wieder narkotisirt, und die Darmvereinigungen in vivo manometrisch untersucht.

Die Anastomosenschlinge, die bei allen Versuchen ca. 20 cm lang belassen war, wurde mittels eines Y-förmigen Rohrs mit einem Quecksilbermanometer einerseits und mit der Wasserleitung andererseits verbunden. Auf diese Weise stellte ich zunächst fest, dass Anastomosen am frischen todten Hundedarm in der Regel einen ziemlich hohen Druck (150—350 mm Hg), am menschlichen todten Darm etwas weniger (110—200 mm Hg-Druck) aushalten. Beim menschlichen Darm platzte meistens die intakte Darmwand neben der Anastomose früher als die letztere selbst. Frische in vivo angelegte und sofort untersuchte Darmvereinigungen am Hund schienen weniger widerstandsfähig zu sein als die an dem todten Hundedarm angelegten.

Die Festigkeit der am lebenden Hund angelegten Darmanastomosen wurde innerhalb der ersten 4 Tage konstant geringer. In den ersten 24 Stunden sank sie nur mäßig, wenn die durch die Operation erzeugte peritoneale Entzündung am Darm und seiner Umgebung nicht zu stark war (100—200 mm Hg); wenn die Anastomosenschlingen geröthet oder sonst schwer verändert waren, so verminderte sich die Festigkeit der Anastomose schon nach 24 Stunden in auffallendem Maße (20—100 mm Hg); 48 Stunden post oper. war die Widerstandsfähigkeit, auch bei geringer entzündlicher Reaktion, noch geringer (80—120 mm Hg) und sank in den nächsten 24 Stunden noch weiter. An diesem, so wie an dem folgenden Tage — also 3- und 4mal 24 Stunden post oper. — erreichte sie regelmäßig den niedrigsten Werth (50—90 mm Hg-Druck).

Am 5. Tage nahm sie wieder unbedeutend zu (50—120 mm Hg-Druck) und stieg schon nach 7 Tagen so hoch (150—340 mm Hg), dass sie die Festigkeit der frischen Anastomosen wieder erreichte.

Nach weiteren 24 Stunden wurde die ursprüngliche Festigkeit noch bedeutend überschritten (250—350 mm Hg).

Nach 10 Tagen platzte bei einzelnen Untersuchungen schon die intakte Darmwand früher als die Anastomose (Druckhöhe 380 bis 450 mm Hg), und am 15. Tage post op. kam es nur 1mal vor, dass die Anastomose früher nachgab als die gesunde Darmwand. Nach 30 Tagen, so wie bei einem Versuche nach 120 Tagen war die Festigkeit der Anastomose und der intakten Darmwand annähernd gleich.

Was vor Allem auffällt, sind die niedrigen Druckhöhen am 3.—5. Tage; eigentlich hätte man erwartet, dass die Festigkeit der Darmvereinigungen post op. langsam und stetig zunimmt. Die Sache lässt sich aber leicht erklären. An den ersten 2 Tagen werden die Wundränder durch die Naht, den Knopf etc. rein mechanisch fest an einander gehalten. Inzwischen kommt es allmählich zu einer Infiltration der fixirten Partien, dieselben werden in Folge dessen weicher, nachgiebiger, die fixirenden Elemente (Naht, Knopf) haben dann keinen so sicheren Halt und geben leicht nach. Jedem Operateur ist es ja bekannt, wie brüchig die meisten Gewebe 2—5 Tage nach einer Verwundung werden, und hier handelt es sich um ähnliche Verhältnisse.

Was die weiteren Einzelheiten meiner Untersuchungen betrifft, so erwähne ich nur noch Folgendes: Ein wesentlicher Unterschied der Festigkeit der Knopf- und Nathanastomosen bestand nicht. Beide wurden annähernd bei denselben Druckhöhen durchgerissen. Dagegen gaben bei dem einfachen mechanischen Zuge die Knopfanastomosen früher nach, was besonders diejenigen betrifft, bei welchen der Knopf vor dem 5. Tage abging oder resorbirt wurde. Sehr bemerkenswerth ist, dass manche jüngere Murphyknopfanastomosen selbst nachdem sie schon durch den Wasserdruck so weit gerissen waren, dass der Knopf durch die Lücke durchblickte, trotzdem eine gewisse Zeit lang kein Wasser durchließen. Es saß in diesen Fällen die Schnürnaht an beiden Knopfflächen noch sehr fest und schloss so das Darminnere nach außen ab.

Cirkuläre Anastomosen hielten im Allgemeinen einen höheren Druck aus als die lateralen. Bei den jüngeren Nahtanastomosen befand sich die durch den Wasserdruck erzeugte Perforationsstelle fast ohne Ausnahme dort, wo die Knoten der fortlaufenden Naht lagen, besonders wenn zwei solche neben einander waren. Wurden die Endfäden von zwei angrenzenden fortlaufenden Nähten zuerst mit ihrer Endnaht und dann noch mit einander geknotet, so perforirte die Anastomose fast immer an dieser Stelle.

Alle Anastomosen waren am 3.—5. Tage sehr brüchig. In 2 Fällen habe ich dieselben trotz der größten Vorsicht noch vor der manometrischen Prüfung durchgerissen.

Verwachsungen mit der Umgebung, hauptsächlich mit dem Omentum majus, waren regelmäßig vorhanden. In den ersten Tagen

wurden die Anastomosenstellen manchmal förmlich von dem Omentum majus umwickelt. In der späteren Zeit, nach Wochen, Monaten, lösten sich die Anastomosen theilweise von ihren Verwachsungen; aber nur 2mal habe ich sie vollständig frei gefunden. In einem Falle, wo ich nach Wölfler die Serosa der Wundränder skarificirte, entstanden so komplicirte Verwachsungen, dass ich mich nachher nur schwer bei der Sektion orientiren konnte. Wo ausgedehnte Verwachsungen vorhanden waren, hielten die Anastomosen einen höheren Druck aus. In einem Falle, wo der Knopf während der Operation ziemlich schlecht saß, nähte ich um die Anastomosenstelle ein Läppchen vom Omentum majus an, und zwar mit sehr gutem Resultat.

Für die Knopfmethoden fielen meine Untersuchungen im Ganzen weniger günstig aus. Ich glaube, dass ich aus meinen Experimenten in dieser Richtung Folgendes schließen darf: Ein Knopf muss in dem Hundedarm wenigstens 5 Tage zum rein mechanischen Schutz der Anastomose an Ort und Stelle bleiben; liegt er aber länger als 8 Tage, so verursacht er leicht Nekrosen. In einem Falle ist ein Murphyknopf schon nach 3 Tagen per anum abgegangen, also zu einer Zeit, wo die Anastomose am meisten der Sicherung bedarf. Ein anderes Mal verursachte er sicher Perforation, ebenfalls am 3. Tage. Mit den resorbirbaren Knöpfen aus dekalcinirtem Knochen ging es noch schlimmer. Alle, besonders die Frank'schen, wurden sehr zeitig resorbirt oder gingen frühzeitig und nur theilweise verdaut ab. Auch die Härtung in Formalin, partielle Dekalcination haben die Verhältnisse kaum gebessert[6].

Eine ausführliche Mittheilung meiner Untersuchungen erfolgt an anderer Stelle.

---

1) **Villemin.** Dix leçons de bacteriologie chirurgicale faites à l'hôpital Saint-Louis.

Paris, **Alexandre Coccoz**, 1898. 420 S.

In dem vorliegenden Werk findet man eine übersichtlich gehaltene und fesselnd geschriebene Zusammenstellung aller chirurgisch wichtigen bakteriologischen Einzelheiten, von der Morphologie der Bakterien, ihrem Vorkommen, ihren günstigsten Bedingungen angefangen bis zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der von ihnen verursachten Krankheiten. Besonders ausführlich sind die Vorlesungen über Streptokokken, Staphylokokken und Tuberkelbacillen gehalten, auch werden die interessanten neueren Untersuchungen

[6] Bei 2 Kindern mit Magenfisteln (wegen Ösophagusstenose nach Kalilaugeverätzung) hatte ich Gelegenheit, undekalcinirte kleine Knochenoliven in den Magen einzuführen; ich fand dieselben in 2—3 Tagen stark verdaut. Eben solche dekalcinirte Oliven wurden im Magen, Darm (bei Sterkoralfisteln) von Erwachsenen in derselben Zeit butterweich, im Colon blieben sie dagegen 7—10 Tage lang fast unverändert.



von Vincent über den Hospitalbrand an den aus Madagaskar zurückgekehrten Kabylen in ausreichender Kürze geschildert.

Drei gesonderte Kapitel sind in knapper Form der Bakteriologie des Auges und des Ohres so wie der Eiterung gewidmet. Vermisst wird eine Abhandlung über den Diphtheriebacillus; dagegen hätten füglich die Erörterungen über die vermuthlichen Erreger von Syphilis, Lymphadenom und Carcinom fortbleiben können.

In strittigen Fragen giebt Verf. die Ansichten der einzelnen Forscher unter präciser Hervorhebung der Differenzpunkte wieder. Die Berücksichtigung deutscher Autoren in der Litteraturangabe ist im Allgemeinen zufriedenstellend, doch fehlen eine ganze Reihe vortrefflicher deutscher Arbeiten, z. B. die von Kocher und Tavel beim Kapitel Staphylococcus. Die Orthographie deutscher Autorennamen lässt viel zu wünschen übrig.

Zu bedauern ist, dass der große Fleiß, den der Autor bei der Sichtung der Litteratur aufgewandt hat, durch den Mangel jeglicher Journalangabe, nicht auch für Andere nutzbringend verwerthet worden ist.

Hübener (Breslau).

---

2) **H. J. Hamburger** (Utrecht). Über den Einfluss venöser Stauung auf die Zerstörung von Milzbrandvirus im Unterhautbindegewebe.

(Centralblatt für Bakteriologie Bd. XXIV. No. 9.)

Verf. hat früher bereits nachgewiesen, dass unter dem Einfluss von CO_2 das antibakterielle Vermögen von Blut- und Gewebsflüssigkeit bedeutend zunimmt. Dies hat nicht nur für die Behandlung der betr. Flüssigkeiten mit CO_2 im Glase, sondern auch innerhalb des Körpers Gültigkeit, wie z. B. durch Hervorrufen venöser Stauung. Die aus einem der Stauung unterworfenen Körpertheil abfließende Lymphe war mehr Bakterien abzutödten im Stande, als die aus dem normalen Körpertheil abtropfende Gewebsflüssigkeit.

In der vorliegenden Arbeit hat H. denselben Nachweis an Milzbrandbacillen erbracht, die im lebenden Thierkörper eine Zeit lang der Stauung in Packetchen von Pergamentpapier auf Agarwürfel ausgestrichen ausgesetzt waren. Durch die Einhüllung in doppelte Lage von Pergamentpapier war der Einfluss der Phagocytose ausgeschaltet, durch Einbringen eines eben solchen Päckchens unter die Haut der nicht gestauten gleichnamigen Extremität desselben Versuchsthiers eine Kontrolle zugleich der individuellen Resistenz gegeben. Die von ihrer Hülle befreiten Päckchen wurden, nachdem sie 7—16 Tage in der gestauten Extremität im Unterhautzellgewebe gelegen (resp. eben so lange die Kontrollen in unbehandelten), Mäusen unter die Haut gebracht. Während die mit den Kontrollen geimpften Thiere ausnahmlos an Milzbrand zu Grunde gingen, überlebten die mit den Stauungspäckchen inficirten Thiere entweder überhaupt, oder um wesentlich längere Zeit; je längere Zeit die Päckchen der Stauungslymphe ausgesetzt waren, um so besser die Resultate. Zu

bemerken ist, dass in 3 Fällen, in denen mit Milzbrandsporen gearbeitet war, die Resultate genau eben so günstige waren.

Hübener (Breslau).

---

3) **Aujeszky.** Zur Frage der Milzbrandimmunisation. (Aus dem Institut für allgemeine Pathologie [Prof. Högyes] an der Universität zu Budapest.)

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde Bd. XXIV. No. 8.)

Angeregt durch die Publikation von Wassermann und Takaki über die schützenden Wirkungen von Gehirn- und Rückenmarksemulsionen beim Tetanus hat Verf. analoge Versuche mit einer 3%igen Milzemulsion bei Kaninchen als Schutz gegen Milzbrand angestellt. Es gelang in der That Kaninchen, welche präventiv durch 3—6 Tage mit der genannten Emulsion vorbehandelt waren, in 75% gegen die tödliche Infektion mit Milzbrand, der die Kontrollthiere erlagen, zu schützen; in den übrigen 25% gingen sie viel später zu Grunde. Sofort nach der Milzbrandinfektion ausgeführte Emulsioninjektion rettete nur 25%, die übrigen erlagen gleichfalls viel später als die Kontrollen. Eine im Glase vorgenommene frische Mischung von Emulsion und Anthraxbacillen verzögerte den Eintritt der Erkrankung, längere Einwirkung (2—6 Stunden) verhindert bei gleicher Dosis die Infektion. Auf weiße Mäuse ließ sich der Schutz durch Injektion frischer Milzemulsion vom Kaninchen nicht übertragen.

Hübener (Breslau).

---

4) **Audry** und **Thevenin.** Bemerkungen zur Histologie der Ausheilung von Skarifikationen.

(Monatsschrift für prakt. Dermatologie Bd. XXVI. No. 12.)

Sehr feine Skarifikationsschnitte wurden nach verschiedener Zeit histologisch untersucht. Es ergab sich, dass die Skarifikation die einzelnen Epithelzellen trennt (Kerne wurden nie verletzt gefunden), dass die Epidermis schon nach 24 Stunden wieder, und zwar unmittelbar, vereinigt ist; dagegen ist die Basalmembran nach 5 Tagen noch nicht hergestellt; auch in der Cutis sind noch nach 5 Tagen Spuren zu sehen; in ihr erfolgt die Vereinigung indirekt — die Spalte wird zuerst durch eine fibrinöse Einlagerung ausgefüllt. Einzelne durch den Einschnitt in die Cutis gelangende Epithelzellen werden resorbirt.

Jadassohn (Bern).

---

5) **Graser.** Operative Behandlung der Erkrankungen des Bauchfells.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. Herausgegeben von Penzoldt und Stinzing. II. Aufl. Bd. IV.)

Die Abhandlung beginnt mit dem interessantesten Kapitel: der Perityphlitis.

Bei der Eröffnung länger bestehender peri- oder paratyphlitischer Abscesse soll möglichst in der ersten Sitzung Alles ausgiebig ge-

spalten werden, um später Nachoperationen zu vermeiden. Gelingt es nicht, gleich Alles zu übersehen, so ist es doch oft nach ein- bis mehrtägiger Tamponade der Höhle möglich. In der 2. Gruppe wird die Operation bei wahrscheinlich vorhandener Eiterung ohne zwingende Indikation besprochen. Verf. räth, hier vor dem 5. bis 7. Tage nicht zu operiren, um erst feste Verklebungen gegen die Bauchhöhle abzuwarten. Eine Resektion des Wurmfortsatzes ist nicht unter allen Umständcn zu erstreben, sondern nur zu machen, wenn derselbe bequem zugänglich ist. In die 3. Gruppe (Operation bei dringender Indikation) gehören diejenigen Fälle, welche wegen der Schwere des Krankheitsbildes sowohl lokal als in Bezug auf allgemeine Erscheinungen den Fall als einen bedenklichen erscheinen lassen, abgesehen davon, ob man nach dem vorliegenden Befund schon mit Sicherheit das Vorhandensein eines Abscesses annehmen kann oder nicht. Zu einer Frühoperation in den ersten Stadien entschließt G. sich nur bei sehr schwer einsetzender Erkrankung. Zweifellos ist es besser, wenn eben möglich, einige Tage zu warten. Bei Perforation in die Bauchhöhle empfiehlt sich baldmöglichste Laparotomie und Austupfen der Abscesshöhle. (Keine Ausspülungen!) Mit einer Besprechung der Operation bei recidivirender Perityphlitis so wie der Erfolge und Gefahren der Operationen schließt dies äußerst übersichlich dargestellte Kapitel, dem man anmerkt, dass es auf Grund reicher Erfahrungen und ruhiger Beobachtung geschrieben ist. Trotz seiner Kürze dürfte es mit zu dem Besten zu rechnen sein, was über Perityphlitis geschrieben ist.

In dem 2. Kapitel: Subphrenischer Abscess und andere umschriebene Eiterungen bespricht G. eingehender die Operationsmethode. Unter Umständen kann ein Durchgehen durch die intakte Pleurahöhle geboten sein. Bei der akuten allgemeinen Peritonitis (3. Kapitel) sind die Fälle von akuter peritonealer Sepsis von der Operation auszuschließen.

Im 4. und letzten Kapitel wird die tuberkulöse Peritonitis besprochen. In allen Fällen von Bauchfelltuberkulose ist der Versuch mit einer sorgfältig vorbereiteten und kunstgemäß durchgeführten Laparotomie zu machen. **Borchard** (Posen).

---

6) **Shoemaker.** The importance of chronic irritability of the colon with mucous stools as a symptom of appendicitis.

(Annals of surgery 1898 Juni.)

Verf. glaubt in häufigen schleimigen Diarrhöen zuweilen ein Zeichen einer latenten, d. h. ohne hervorstechende Lokalsymptome verlaufenden Epityphlitis erblicken zu sollen. Er sucht durch einige Krankengeschichten einen derartigen Zusammenhang plausibel zu machen und nimmt an, dass in Folge der Entzündung im Wurmfortsatz sich Bakterienprodukte bilden, welche eine reizende Wirkung auf die Schleimhaut des Colon ausüben. **Tietze** (Breslau).

---

7) **K. Maydl.** Die Lehre von den Unterleibsbrüchen (Hernien).

(Specielle Chirurgie. I. Theil. XVI. 517 S., 124 Abbildungen. Wien, Josef Šavář, 1898.)

Das vorliegende Werk bildet, wie der Verf. in dem Vorwort mittheilt, die erste Abtheilung eines Lehrbuches der speciellen Chirurgie, welcher als weitere Abtheilungen folgen sollen:

II. Frakturen, Distorsionen und Luxationen;
III. Die chirurgische Tuberkulose;
IV. Angeborene und erworbene Difformitäten und Defekte;
V. Organchirurgie.

Gestützt auf das reichhaltige Material der Prager böhmischen chirurgischen Klinik giebt Verf. eine eingehende und durch zahlreiche gute Illustrationen unterstützte Darstellung der ganzen Lehre von den Unterleibsbrüchen, so dass das Buch allen Denen, welche sich auf diesem Gebiet zu orientiren und zu belehren wünschen, sehr warm empfohlen werden kann. Für die Studirenden, für welche es der Autor hauptsächlich verfasst zu haben angiebt, wäre allerdings eine größere Übersichtlichkeit in der Erläuterung der anatomischen Verhältnisse erwünscht gewesen, auch dürften einige Verdeutschungen — Verf. spricht z. B. vom verstopften Loch statt For. obturatorium und vom birnförmigen Muskel statt M. pyriformis — kaum zu einem besseren Verständnis beitragen. Während mehrere Kapitel, wie die über die Strikturen des Darmes, über Fremdkörper, Volvulus, Invagination und über Peritonitis nach Kontinuitätstrennung des Magen-Darmkanals, über die Grenzen des in der Überschrift gegebenen Themas hinausreichen, vermisst man leider jeden Hinweis auf die gerade in der heutigen Zeit so wichtigen Beziehungen des Bruchleidens zu einem erlittenen Unfall, wie überhaupt ein Eingehen auf jene Verhältnisse, unter denen Unterleibsbrüche Gegenstand ärztlicher Begutachtung sein können.

Andererseits aber besitzt das Buch wieder dadurch besonders große Vorzüge, dass der klinische Theil aus einer reichen Erfahrung heraus überaus lebendig und instruktiv behandelt ist und so Jedem eine Fülle von Anregung und Belehrung bringen wird.

Sultan (Göttingen).

---

8) **Kaufmann** (Zürich). Die Bruchfrage.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 10.)

Aus den bestehenden Statistiken über Entstehung von Brüchen bei nicht versicherten Personen entnimmt Verf., dass etwa $^1/_3$ aller Hernien nach der Anamnese als traumatische zu betrachten sind. Davon sind wieder 95% Leistenbrüche. Was die anatomische Disposition für Leistenhernien betrifft, so unterscheidet Kocher: 1) die Disposition in Form eines vorgebildeten Bruchsacks durch mangelhaften Verschluss des Processus vaginalis; 2) die Form der »weichen Leisten«, d. h. das Bestehen eines vom parietalen Bauchfell gebildeten breitbasigen Bruchsackkegels, Ausweitung beider Leistenringe und

verminderte Resistenz der vorderen Wand des Leistenkanals. Eine spontane Heilung z. B. unter dem Bruchband giebt es mit ganz seltenen Ausnahmen nicht. Wird sie vorgetäuscht, so handelt es sich stets um engpfortige Brüche. Es ist also stets ein wirkliches Bruchleiden anzunehmen, sobald bei einem Erwachsenen einmal ein Bruchaustritt von ärztlicher Seite sicher gestellt ist.

»Für die deutsche staatliche Unfallversicherung gilt betr. der Entschädigung der Hernien der allgemeine Grundsatz, dass die unmittelbar nach einem eigentlichen Unfall beim Betriebe oder nach einer außergewöhnlichen Anstrengung bei der Betriebsarbeit, d. h. nach einer über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsarbeit hinausgehenden schweren körperlichen Anstrengung frisch und plötzlich unter heftigen Schmerzen in die Erscheinung tretenden Unterleibsbrüche entschädigungspflichtig sind.« Desshalb ist es am richtigsten, dass der zuerst untersuchende Arzt auch schon die Frage mit entscheidet, ob ein Unfall im Sinne des Gesetzes vorliegt. Verf. giebt dann diesbezügliche Anleitungen, bespricht die Erkennungszeichen alter und frischer Brüche und schließt mit dem Satze: »Wir anerkennen die Möglichkeit der unfallweisen Entstehung des Bruchleidens und sind auch im Stande, sie endgültig abzuklären, so fern wir frühzeitig genug zur Untersuchung beigezogen werden«.

Teubner (Hannover).

---

9) **Ehret.** Über die diagnostische Bedeutung der Magengärungen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. III. Hft. 5.)

Die Magengärungen beruhen entweder auf kurzen oder auf langen Bakterien oder auf Sarcinen. Fasst mit Sicherheit spricht Lang-Bakteriengärung für Carcinom; mit weit geringerer Wahrscheinlichkeit deutet Kurz-Bakteriengärung auf Carcinom hin, während das Bestehen einer Sarcina- oder Sarcina-Hefegärung keinen Anhaltspunkt für die Diagnose giebt, da diese Gärungsform bei carcinomatösen und nichtcarcinomatösen Erkrankungen des Magens gleich häufig beobachtet wird. Es wird ferner aus einander gesetzt, wie bei Berücksichtigung der besonderen Gärungsart auch der Überstauungsgrad für die Diagnose Bedeutung gewinnt, wie das Fehlen freier Salzsäure und das Verhalten der Gesammtacidität des Mageninhalts je nach den verschiedenen Gärungsformen von Wichtigkeit ist. Es wird schließlich die feinere Methodik für die Diagnose der Magengärungen geschildert und in einer Tabelle das umfangreiche, den Untersuchungen zu Grunde liegende klinische Material zusammengestellt.

Haeckel (Stettin).

---

10) **Chaput.** Traitement de l'ulcère gastrique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 21.)

Unter Mittheilung einer Anzahl von ihm operirter Fälle bespricht Verf. die oft sehr bedeutende Schwierigkeit der Differentialdiagnose

zwischen Magengeschwür und Carcinom. In einem Falle wurde die Diagnose wegen der im Epigastrium fühlbaren Geschwulst und des begleitenden Ascites auf Carcinom gestellt; die Autopsie ergab ein Geschwür. In einem zweiten, in welchem selbst die Operation noch Zweifel ließ, ließ die beträchtliche andauernde Besserung nachträglich die Diagnose Krebs zurückweisen. Bei einem 3. Pat., dessen Leiden bereits seit 14 Jahren bestand, war es auch nach der Operation unmöglich zu sagen, ob es sich um ein Geschwür mit schwieliger Verdichtung oder um einen Magenkrebs handelte. Bei einem 4. ergab die Operation ein Carcinom mit Metastasenbildung, während ein Geschwür diagnosticirt war. Bei einem 5. entdeckte erst das Mikroskop, dass es sich um ein Geschwür mit einem Carcinomknoten handelte. Noch bei einem anderen fand man eine große gestielte gutartige Geschwulst der hinteren Magenwand, ein gutartiges Adenom, während die hochgradige Kachexie und Größe der Geschwulst für Krebs gesprochen hatten. — Weder das Alter des Pat., noch der Nachweis einer Geschwulst, noch die chemische Analyse des Magensaftes gestatten eine absolut sichere Diagnose. Aus diesem Grunde empfiehlt C. daher im zweifelhaften Falle stets die Operation. Ja, er verlangt die Operation ohne Verzug in allen Fällen sicher gestellter Stenosirung des Magens, so wie man im Magen morgens im nüchternen Zustande Flüssigkeit stagnirend nachweist; und zwar empfiehlt er besonders die Gastroenterostomia retrocolica mit systematischer Hinzufügung einer Enteroanastomose, um sicher den bekannten circulus vitiosus, die Rückstauung des Mageninhalts in die zuführende Darmschlinge, zu verhindern. C. hat 12mal die Gastroenteroanastomose wegen Krebs und wegen Geschwürs gemacht. Bei 7 dieser Pat. hatte er keine Enteroanastomose hinzugefügt; von ihnen starben 4 mit andauerndem Erbrechen, 1 genas nach langdauerndem Erbrechen, nur 2 ohne Störung. Hingegen wurden von 5 Pat., bei denen auch die Enteroanastomose gemacht wurde, 4 geheilt; der 5. starb an einer Lungenkongestion, ohne dass Erbrechen aufgetreten war.

Reichel (Chemnitz).

---

11) **Rochard, Guinard, Sieur** et **Loison.** Diagnostic et traitement des péritonites septiques diffuses produites par l'ulcère perforant du duodénum. Rapport par M. E. Schwartz.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 3.)

Nach kurzem Bericht über 4 von R., G., S. und L. mitgetheilten sämmtlich tödlich verlaufenen Fällen von Perforation eines Duodenalgeschwürs — die 3 ersten Autoren hatten erfolglos die Laparotomie gemacht — bespricht Schwartz die Diagnose und Behandlung dieses Leidens. Er stützt sich bei seinen Angaben wesentlich auf eine unter Leitung von Letulle gearbeitete Dissertation Collin's. Dieser fand unter 262 von ihm zusammengestellten Fällen das Duodenalgeschwür 242mal weniger als 5 cm vom Pylorus entfernt, d. h.

im obersten Drittel des Zwölffingerdarms. In 85,6% bestand nur 1 Geschwür, 26mal handelte es sich um 2, 3mal um 3, 4mal um 5 Ulcerationen. Vorzugsweise saß das Geschwür an der vorderen Darmwand. Die Neigung des Duodenalgeschwürs zur Perforation ist weit größer, wie die des runden Magengeschwürs. Collin berechnet die Häufigkeit der Perforation auf 69%. Meist erfolgt der Durchbruch in die freie Bauchhöhle. Die überwiegende Mehrzahl der Pat. bot vor der Perforation überhaupt kein Zeichen einer ernsteren Erkrankung. Nur in 5 von 25 von Schwartz gesammelten Fällen bestanden vorher Krankheitsäußerungen, die 1mal als Dyspepsie, 2mal als Magengeschwür, 2mal als einfache Gastralgie gedeutet wurden. — Von den diagnostisch wichtigen Zeichen der Perforation eines Duodenalgeschwürs erwähnt Schwartz zunächst das Auftreten eines äußerst intensiven Schmerzes, der etwa in der Hälfte der Fälle unter dem rechten Rippenbogen oder im Epigastrium, nur selten links gefühlt wurde. Sehr schnell verschlechtert sich das Allgemeinbefinden; während die Temperatur meist niedrig bleibt, selten 38° übersteigt, wird der Puls stark beschleunigt. Im Anfang fehlt das Erbrechen häufig, einige Male bis zu 48 Stunden. Die Tastung der Bauchorgane wird wegen starker Spannung der Bauchmuskeln rasch unmöglich. Die Perkussion ergiebt fast immer an der Stelle der normalen Leberdämpfung Tympanie. Stuhl und Winde blieben aus. — Nur sehr selten wurde die Diagnose richtig gestellt. Meist diagnosticirte man einen Darmverschluss oder eine Epityphlitis. — Die unrichtige Diagnose ließ meist einen operativen Eingriff erst zu spät vornehmen. Nur 3 von 25 Operationen führten zur Heilung, und nur 1mal war dieselbe eine definitive, in so fern einer der 3 Geheilten 2 Monate nach dem Eingriff einem Darmverschluss durch eine Verwachsung zum Opfer fiel, ein zweiter 6 Monate nach der Laparotomie einer neuen Perforation eines Duodenalgeschwürs erlag. — Schwartz verlangt möglichst frühzeitige Vornahme der Laparotomie, Aufsuchen und Naht der Perforationsstelle. Findet man eine eitrige Peritonitis, so lasse man sich durch die häufige Ansammlung des Eiters in der rechten Fossa iliaca und unter der Leber nicht ohne weiteres zur Annahme einer Epityphlitis verleiten, sondern suche, falls eine letztere nicht sicher ist, nach der Perforationsstelle.

In der Diskussion zieht Tuffier aus der überaus schlechten Prognose des Leidens an sich, wie der Laparotomie nach erfolgter Perforation den Schluss, man müsse das Geschwür, so wie man es erkannt hat, vor der Perforation chirurgisch behandeln, und zwar erhofft er Gutes von der Gastroenterostomie. **Reichel** (Chemnitz).

---

12) **O. Kappeler.** Erfahrungen über Gastroenterostomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 113.)

K. berichtet in dieser höchst werthvollen Arbeit nicht nur seine reichen eigenen Erfahrungen über Gastroenterostomie, sondern publi-

cirt auch eine von ihm ersonnene und erprobte Methode zur Anheftung des Darmes an den Magen, die eine regelrechte Funktion der Anastomose sichern soll und daher jedenfalls allgemeiner Nachprüfung zu empfehlen ist.

K. zieht im Allgemeinen der Anastomosenanlage die radikale Entfernung einer Magengeschwulst vor, so fern diese ausführbar ist, auch wenn bereits Metastasen vorhanden sind; er fand, dass danach die Kranken sich vollständiger und anhaltender erholten. Der Regel nach führt er die Operation als retrocolica aus, als antecolica nur, wenn ersteres unmöglich ist. Die Fistelanlage selbst (Länge des Kommunikationsschnitts 4—5 cm) geschieht in auch sonst gebräuchlicher Weise. Zum Schluss aber näht K. beide Darmschenkel, den zu- wie den abführenden, »glatt und ohne Falten durch fortlaufende Naht 4 bis 6 cm weit horizontal an die Magenwand«. K. kam zu dieser Methode, da er bei Sektionen von Pat., die an Darmcirkulationsstörungen nach der Fistelanlage gestorben waren, fand, dass beide Darmschenkel von der Anastomosenstelle vertikal herabhingen, dabei sich nur der zuführende Schenkel gefüllt, der abführende dagegen leer und zusammengedrückt zeigte. Leichenversuche lehrten, wie dem abzuhelfen sei. Nach einfacher Anastomosenbildung nimmt in den Magen gelassenes Wasser nie mit Sicherheit den Weg in den abführenden Schenkel, wie man beabsichtigt. Probirt wurde nun der Reihe nach

1) horizontales Aufhängen des zuführenden Schenkels,
2) horizontales Aufhängen des abführenden Schenkels,
3) Aufhängen beider Schenkel.

Nur das letzte Verfahren (bei 10 Leichen) gab sicheren Erfolg. Es füllten sich stets beide Schenkel, eine Spornbildung wird vermieden. Es macht dabei nichts aus, wenn die Schenkel nun an den Endpunkten der Aufhängenähte vertikal herabhängen. Der in den horizontal fixirten Darmenden vordringende Flüssigkeitsstrom überwindet und entfaltet diesen Knick. Die letzten 18 seiner im Ganzen 39 Fälle hat K. bereits nach dieser Methode operirt, und sämmtlich blieben diese Kranken frei von Darmcirkulationsstörungen — mit einer Ausnahme! Hier aber zeigte die Sektion, dass die Aufhängenaht des abführenden Schenkels sich gelöst hatte, also ein Experimentum crucis auf die Sicherheit der Methode, die anscheinend eine ganz wesentliche Vervollkommnung der Operation zu werden berufen ist.

Es sind noch die statistischen Zahlen zu berichten. Von den 39 Operirten starben 12 (30,76%) in den ersten 30 Tagen. 8 Fälle kommen auf Ulcus ventriculi, davon 4 genesen und arbeitsfähig, 2 Monate bis 2 Jahre lang nach der Operation. Von den 31 Krebskranken sind 21 geheilt; von ihnen lebten Juli 1898 noch 5, und zwar 1 Monat bis $2^1/_4$ Jahr nach der Operation; die 16 Gestorbenen hatten die Operation 1 Monat bis 1 Jahr, im Mittel 5,1 Monate überlebt.

Details sind aus den beigefügten Krankengeschichten ersichtlich. Die Lage der Darmschenkel bei den verschiedenen Leichenexperimenten verdeutlichen eine Reihe sehr anschaulicher Abbildungen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **Ludloff.** Die operative Behandlung der Darminvaginationen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. III. Hft. 5.)

Im Anschluss an 6 Fälle aus der v. Eiselsberg'schen Klinik zeichnet L. den jetzigen Standpunkt der Frage und stellt auf Grund der mitgetheilten Fälle v. Eiselsberg's die Grundsätze der Behandlung auf. Die Resultate in den 6 operirten, ausführlich mitgetheilten Fällen der Königsberger chirurgischen Klinik sind glänzende. In allen 6 Fällen handelte es sich um chronische Invagination. 5mal wurde bei bestehender Invagination operirt, darunter 4mal die Resektion mit nachfolgender regionaler Naht mit vollem Erfolg gemacht; 1mal wurde, da der Allgemeinzustand die Resektion nicht zuließ, Enteroanastomose und totale Darmausschaltung ausgeführt mit tödlichem Ausgang. Im 6. Falle endlich bestand die Invagination nicht mehr, es wurden nur 2 nach spontan erfolgter Desinvagination zurückgebliebene peritonitische Abscesse gespalten; der Fall endete in Heilung.

Im Gegensatz zu den bisherigen recht trüben Erfahrungen mit Darmresektion bei Invagination lassen es die mitgetheilten Resultate gerechtfertigt erscheinen, wenn bei chronischen Invaginationen die Resektion als Idealoperation gelten muss, wofern die Desinvagination nicht gelingt. Nur unter besonderen Umständen, wenn die Resektion unausführbar ist, und beim Mastdarmvorfall hohen Grades soll die Resektion des eingescheideten Abschnitts allein vorgenommen werden. Ist auch das unmöglich, so Darmausschaltung, total oder unilateral. Erst in letzter Linie kommt die Enteroanastomose in Betracht, die immerhin noch zweckmäßiger erscheint als der Kunstafter. Beide Eingriffe: partielle Darmausschaltung (Enteroanastomose) sowohl als der Kunstafter sollen, sobald der Zustand des Pat. etwas gebessert ist, von einer definitiv zur Heilung führenden Operation gefolgt werden.

Haeckel (Stettin).

---

14) **A. Huber.** Über Gonorrhoea recti.

(Wiener med. Wochenschrift 1898. No. 23—28.)

Die Mastdarmgonorrhoe ist speciell bei Prostituirten eine relativ sehr häufige Schleimhauterkrankung, welche analog der Harnröhrengonorrhoe meist subakut oder chronisch verläuft und manchmal auch zu Komplikationen führen kann. Von allen an Gonorrhoe erkrankten Prostituirten leidet wenigstens ein Viertel auch an Mastdarmgonorrhoe. Die Diagnose derselben ist gebunden an den Nachweis der specifischen Kokken, welche sich bei der ersten Untersuchung aber nur etwa bei 66% der vom Autor untersuchten Kranken gefunden hat.

In den allermeisten Fällen (82,1%) entsteht das Leiden durch Autoinfektion, und um so leichter, je frischer und ausgebreiteter in den Organen die Infektion bei demselben Individuum ist. Die Mastdarmgonorrhoe kann noch fortbestehen als isolirte chronische Affektion, wenn der primäre Urogenitaltripper bereits abgelaufen ist. Die Erkrankung setzt in den meisten Fällen schleichend, ohne Fieber und nur dann mit subjektiven Erscheinungen ein, wenn eine Komplikation sich hinzugesellt. Geschwüre sind auf der Mastdarmschleimhaut eben so selten, wie auf der männlichen Harnröhrenschleimhaut. Nur bei 1,10% der Fälle werden Komplikationen beobachtet; in erster Linie die Periproktitis, welche eben als Komplikation, nicht durch Mischinfektion entstanden aufzufassen ist. Die bei Mastdarmgonorrhoe vorhandene Folliculitis und Perifolliculitis ist möglicherweise der Vorläufer späterer Striktur- und Fistelbildung am Mastdarmrohr. Die reine Gonorrhoe spielt sich gewöhnlich nur in den oberflächlichen Schleimhautportionen ab und reicht nicht tiefer als bis zur Muscularis mucosae.

H. Frank (Berlin).

---

15) **Graser.** Behandlung der Krankheiten des Mastdarms.

(Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. Herausgegeb. von Pentzoldt und Stintzing. Bd. IV. 2. Auflage.)

Wenn auch wesentlich Neues in der Abhandlung nicht gebracht wird, so ist dieselbe doch dem Rahmen des Werkes durchaus angepasst und giebt in klarer, übersichtlicher Weise einen Überblick über das Thema. Der Chirurg würde manches eingehender beschrieben wünschen, dafür sind aber eine so reiche Menge kleiner therapeutischer Winke geboten, dass auch er aus der Lektüre reichen Gewinn zieht. Für den Praktiker giebt sie einen vorzüglichen Überblick über den jetzigen Stand der Behandlung und weist vor allen Dingen auf die Indikationen zu den einzelnen Operationen hin.

Borchard (Posen).

---

16) **Quénu.** Cancers du rectum opérés par voie périnéale; quelques points de technique opératoire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 190.)

Zur Desinfektion des Mastdarms empfiehlt Q. auf Grund klinischer Beobachtungen und bakteriologischer Untersuchungen sauerstoffhaltiges Wasser (l'eau oxygénée) mit 2—3 Volumen gekochten Wassers verdünnt. Er spült damit den Mastdarm von dem, stets mehrere Tage vor der Exstirpation angelegten, künstlichen After aus gründlich wiederholt durch, sowohl in den Tagen vor der Exstirpation als während resp. unmittelbar nach letzterer selbst.

Reichel (Chemnitz).

---

17) **Walther.** Sur les abcès du foie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 81.)

W. theilt ausführlich die Krankengeschichten von 8 von ihm beobachteten Fällen von Leberabscess mit, deren zum Theil recht interessante Details im Original nachzulesen sind. Für die Differentialdiagnose gegenüber einem Empyem legt er den Hauptwerth auf die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation. Der Nachweis einer nach oben durch eine konvexe Linie begrenzten Dämpfung, die Abwesenheit jeder Lungenstörung, die völlige Reinheit der Athmung oberhalb dieser Dämpfungslinie sind ihm zwar nicht absolut beweiskräftige, aber doch sehr werthvolle Zeichen für die Diagnose eines Leberabscesses. Meist lässt sich eine mehr oder minder umschriebene Bauchgeschwulst und eine Verdrängung der Lunge nach oben nachweisen. In Fällen, in denen die Vergrößerung der Leber nicht örtlich begrenzt, sie vielmehr im Ganzen groß ist, das Fieber, die schwere Störung des Allgemeinbefindens auf eine intensive Septhämie hindeuten, legt sich der Verdacht nahe, dass es sich um einen central gelegenen Leberabscess handle. Doch ist die Differentialdiagnose zwischen einem solchen und einer disseminirten Eiterung vielfach unmöglich.

Nur in 2 von 7 daraufhin untersuchten Fällen war der Eiter steril; in allen anderen fanden sich pathogene Keime, Streptokokken, Staphylokokken oder Colibacillen. Man muss daher bei der Eröffnung des Abscesses mit aller Vorsicht ein Einfließen des Eiters in Bauch- oder Brusthöhle zu verhüten suchen. — Bei Anwendung des transpleuralen Schnittes vereinigt W. stets vor Eröffnung des Abscesses die Pleura costalis mit der Pleura diaphragmatica durch einige Nähte. Zum Schutz der Bauchhöhle in Fällen, in denen er den Abscess mittels Laparotomie angreift, empfiehlt er, die Eiterhöhle nach Bloßlegung der Leber mittels eines Aspirateurs zu entleeren und dann mit gekochtem Wasser oder schwacher Sublimatlösung auszuspülen, ehe sie mit dem Messer oder Thermokauter breit eröffnet wird.

Reichel (Chemnitz).

---

18) **Cushing.** Typhoidal cholecystitis and cholelithiasis.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital report 1898. Mai.)

Es ist bekannt, dass beim Typhus die Bacillen häufig in die Gallengänge wandern. Im Hopkins Hospital wurde seit 1891 bei allen Typhusleichen die Galle bakteriologisch untersucht; es fanden sich in 50% der Fälle Typhusbacillen in derselben. In manchen der Fälle hatten keine klinischen Erscheinungen bestanden, und fanden sich keine entzündlichen Veränderungen an der Gallenblase. In anderen Fällen dagegen war die Wand erkrankt, von einfachem Katarrh mit Steinbildung bis zur Geschwürsbildung, Perforation und Allgemeinperitonitis. Die Anamnese der Fälle von Cholecystitis, bei denen eine Gallensteinoperation vorgenommen wurde, ergab, dass

von 31 Fällen 10 früher Typhus überstanden hatten. Seit der Erkrankung waren 5 Monate bis zu 20 Jahre vergangen.

Das Auftreten der posttyphösen Cholecystitis findet seine Erklärung in folgenden Beobachtungen: Die Bacillen wandern während des Typhus fast immer in die Gallenblase, sie behalten hier ihre Lebensfähigkeit für sehr lange Zeit. Im Lauf der Zeit findet man die Bacillen immer in Haufen zusammengehalten in Folge der Reaktion, die sie hervorrufen; diese Haufen bilden anscheinend die Kerne für die Gallensteine, da man in der Mitte frisch gebildeter Steine regelmäßig Mikroorganismen findet; wenn aber neben den Typhuskeimen, die ja sehr lange Zeit ihre Lebensfähigkeit behalten, Gallensteine sich gebildet haben, so ist die Gelegenheit zu entzündlicher Reaktion der Gallenblase gegeben.

Typhusbacillen wurden bei der Gallensteinoperation nur sehr selten im Inhalt der Gallenblase nachgewiesen. Verf. konnte aus der Litteratur nur 4 derartige Fälle zusammenstellen. 2 weitere Fälle hatte Verf. zu beobachten Gelegenheit. Der letztere der Fälle war außerdem in so fern bemerkenswerth, als hier nie eine Erkrankung an Typhus bestanden hatte; trotzdem wurden mit Sicherheit Typhusbacillen in der Gallenblase nachgewiesen. **Strauch** (Braunschweig).

---

19) **Loison** (Val-de-Grâce). Calculs salivaires extraits du canal de Wharton.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 165.)

20) **Mignot.** Recherches expérimentales sur le mode de formation des calculs biliaires. Rapport par M. Henri Hartmann.

(Ibid.)

L. entfernte einem 23jährigen Soldaten aus dem Ductus Whartonianus 4 Speichelsteine, welche, angeblich seit Kindheit, eine Art Unterzungengeschwulst gebildet hatten. Ihre Oberfläche war rauh, ihre Struktur geschichtet; weiße und gelbliche Schichten wechselten mit einander ab; das Centrum war braun, fast weich. Die bakteriologische Untersuchung der Konkremente ließ eine Reinkultur von Streptokokken wachsen, für weiße Mäuse tödlich, für Kaninchen nicht pathogen. Ein Beweis, dass die primäre Ursache der Steinbildung die Gegenwart von Mikroben sei, ist natürlich, wie L. selbst zugiebt, durch diese Beobachtung nicht erbracht.

Diesen Beweis glaubt hingegen M. für die Bildung der Gallensteine durch Experimente erbracht zu haben, indem es ihm gelungen ist, experimentell beim Meerschweinchen Gallensteine zu erzeugen. Dass man in Gallensteinen schon oft Mikroben nachgewiesen hat, ist bekannt. 5 von M. diesbezüglich untersuchte Fälle ergaben folgendes Resultat: 2mal waren Galle und Steine steril; 1mal fand

er in der Galle und im Stein Colibacillen, 1mal im Stein Colibacillen und in der Galle Colibacillen und Streptokokken; 1mal war die Galle steril, hingegen enthielt das Centrum der Steine Colibacillen. — Zur experimentellen Erzeugung von Gallensteinen bediente sich M. durch mehrmonatliche Züchgung in reiner Galle abgeschwächter Kulturen des Bacterium coli. Die Abschwächung ist nothwendig, da das Bacterium coli kalkulöser Cholecystitis des Menschen für das Meerschweinchen zu virulent ist. Mit solch abgeschwächten Kulturen inficirte Wattestücke brachte M. in die Gallenblase der Versuchsthiere, entfernte die Watte nach 4—6 Wochen und fand dann nach weiteren 5—6 Monaten in der Gallenblase typische Gallensteine, wesentlich aus Cholestearin und Gallensalzen bestehend. Aseptische, in die Gallenblase gebrachte Fremdkörper riefen keine Steinbildung hervor. M. hält es daher für erwiesen, dass die Gallensteine ihre Entstehung nicht einer Diathese, sondern stets einer Infektion verdanken. **Reichel** (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

Fall von sekundärer Darmresektion wegen gangränöser Hernie.

Von

Dr. **Noll**, St. Vincenz-Krankenhaus, Hanau.

Am 26. December 1897 wurde in das St. Vincenz-Krankenhaus die früher stets gesunde und sehr rüstige Frau B. aus L. gebracht, welche sich am 15. December 1897 bei einem Fehltritt von einer Leiter das plötzliche Austreten einer rechtsseitigen Inguinalhernie zugezogen hatte. Bald nach dem Ausgleiten waren Einklemmungserscheinungen aufgetreten. Zu Hause wurde die Frau erfolglos mit Abführmitteln behandelt. Seit 2 Tagen angeblich besteht Kotherbrechen.

Vor 3 Tagen soll noch »etwas harter Stuhlgang« nach einem Klysma entleert worden sein. Kein Abgang von Flatus während der letzten 11 Tage.

Status praesens am 26. December 4 Uhr Nachmittags: Es besteht bei der günstig ernährten Frau fortgesetztes Erbrechen von dünnflüssigen, kothigen Massen. Das Gesicht ist livid verfärbt, Puls klein, sehr frequent. Die ganze rechtsseitige untere Bauchgegend bis zur Spina il. anter. super. herauf und der obere Theil des rechten Oberschenkels zeigt eine phlegmonöse Entzündung der Weichtheile, welche sich auch noch etwas über die Medianlinie nach links erstreckt. Am meisten vorgebuckelt ist die Gegend handbreit rechts von der Medianlinie. Hier bei Palpation Knistern. Das übrige Abdomen ist nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich.

Nach vorangeschickter Magenausspülung — $^3/_4$ Stunde nach der Einlieferung — wurde in Chloroformnarkose durch die ganze entzündete Partie in der Regio inguinalis dextra ein vertikaler Hautschnitt geführt. Die tiefer liegenden Weichtheile werden in derselben Richtung gespalten. Unter der Fascie des Musc. obliq. int. findet sich ein matscher, braunschwarzer Gewebsbrei, in welchem eine kollabirte, schwarzbraune, 12 cm lange Dünndarmschlinge liegt. Beim Aufheben löst sich dieses Darmstück sofort an beiden Enden ab. Das Terrain wird beständig mit warmem, 3%igem Borwasser berieselt.

Mittels Bruchmesser wird der Bruchring nach oben erweitert unter möglichster Schonung des Peritoneums, dann werden beide Darmenden mit Klemmpincetten vorgezogen. Der vorgezogene Darm hat glatte Oberfläche, zeigt aber besonders am zuführen-

den Darmtheil schwarzrothe Partien. Beide — nur noch durch ihr Mesenterium verbundene — Darmenden werden durch Knopfnähte außen fixirt, so dass die Öffnung des zuführenden Darmstücks, aus dem sich jetzt beständig dünnflüssiger Koth entleert, medianwärts und oberhalb des abführenden Schenkels zu liegen kommt. In das zuführende Darmende wird ein mit aseptischer Gaze umwickeltes starrwandiges Gummirohr eingelegt, welches durch den nun folgenden aseptischen Verband durchgeführt wird.

26. December Abends Puls 140, Temperatur 39,2°. Subjektives Wohlbefinden. Dünndarminhalt fließt durch das Gummirohr beständig ab. Urin, spontan entleert, frei von Eiweiß. Die Wunde wird weiterhin mit Borwasserkompressen feucht verbunden. Wegen fortschreitender phlegmonöser Entzündung im Unterhautzellgewebe der Bauchdecken wurde am 29. December der Hautschnitt nach links über die Medianlinie bis 2fingerbreit vor der Spin. ant. sup. il. sinist. verlängert. Der abgeflossene Dünndarminhalt enthält Gurkenkerne (am 15. December wurde zuletzt eine Salzgurke genossen) und einen großen Spulwurm.

In das abführende Darmende wurden im Ganzen 2mal laue Wassereingießungen gemacht.

2. Januar 1898. Am rechten Oberschenkel unterhalb des Lig. Poup. eine fluktuirende Partie. Incision über die ganze Breite des Oberschenkels parallel dem Lig. Poup. Entleerung von missfarbigem Eiter. Abfall der Temperatur, die vom 30. December bis zum 12. Januar zwischen 36,8 und 37,4 liegt.

6. Januar 1898. Die Wundflächen reinigen sich. Die Nahrung bestand nur in Fleischbrühsuppe, Milch und Wasser. Ein am 5. Januar genossener Zwieback *soll* Übelkeit und Unbehagen im Leib verursacht haben.

12. Januar 1898. Die Wundflächen granuliren überall gut. Der Kräftezustand der Pat. ist ein recht günstiger. Puls kräftig und voll, 84 Schläge pro Minute. Verband stets noch mit Borwasserkompressen.

Da anscheinend jede verdächtige Eiterung beseitigt ist, Operation zur Beseitigung des Anus praeternat. Zunächst wird das abführende Darmstück 10 cm weit von seinen Verwachsungen gelöst, bis glatter Darm hervorgezogen werden kann, dann eben so das zuführende Darmstück. Das mit Granulationen bedeckte Darmstück hatte hier eine Länge von 14 cm. Vor dem Peritoneum, unter dem zuletzt losgelösten Theil des verwachsenen Darmes, befand sich ein kleiner abgesackter Eiterherd, dessen Inhalt durch vorher untergelegte Gazestücke aufgefangen wurde.

Die Darmenden werden beiderseits so weit aus der Peritonealhöhle hervorgezogen, bis glatter, gesunder Darm vorliegt. Vom abführenden, wie zuführenden Darm wird das Mesenterium so weit als erforderlich abgetrennt, die blutenden Gefäße einzeln unterbunden und die beiden Mesenterialblätter durch fortlaufende Naht mit Seide No. 1 vereinigt. Dann wird von beiden Darmstücken, so viel erforderlich, schräg zur Achse des Darmes im Gesunden amputirt, etwa 38 cm, zunächst beide Darmenden dicht an ihrem Mesenterialansatz fixirt und darauf die Lembert-Czerny'sche fortlaufende cirkuläre Naht angelegt. Zurücklagerung des vereinigten Darmes und seines Mesenteriums in die Peritonealhöhle. — Tampon, auf welchen ein wenig Jodoform aufgepudert wurde, in die Öffnung im Peritoneum, darüber aseptischer Verband; keine Naht.

Operationsdauer $2^1/_4$ Stunde. Da Pat. einen sehr frequenten, dünnen Puls hat, $^1/_2$stündige Kampherinjektionen.

13. Januar 1898. Da Morgens 2 Uhr ein Kollapszustand eintritt mit unfühlbarem Puls, cyanotischem Aussehen, kalter Haut, kaum wesentlicher Reaktion: Infusion von 1200 g Kochsalzlösung durch Dr. Wagner. Darauf folgte sehr bald subjektives Wärmegefühl bei der Pat. und sie erholte sich zusehends. — Abends Zustand sehr befriedigend. Es sollen im Lauf des Nachmittags Darmgase abgegangen sein.

16. Januar 1898. 1. Verbandwechsel. Die Wunde granulirt gut. — 20. Januar 1898. Verbandwechsel. Im unteren äußeren Wundwinkel etwas Eiter. Mit der Pincette wird ein kleiner Knochensplitter (Sequester) vom Pecten oss. pub.

entfernt. Auf ein Glycerinklysma erfolgt reichlich breiiger Stuhl. — 10. Februar 1898. Es erfolgte seit 7 Tagen täglich spontan Stuhlgang. — 18. Februar 1898. Der Wundverlauf bisher ungestört, aber wegen reichlicher Absonderung der großen Wundfläche jeden 2. Tag Verbandwechsel. Die Sekretion der Wundfläche hat immer einen etwas fäkulenten Geruch, aber eine Darmfistel ist nicht nachzuweisen.

Da sich immer noch hier und da eitrig infiltrirte Stellen der Bauchdecken bemerklich machen, auch zeitweise die Temperatur wieder steigt, werden abermals warme Borwasser-Kompressen auf Wunde und Bauchdecken unter stündlichem Wechsel applicirt, wonach bald normale Temperatur und gute Wundgranulation erfolgt.

Am 7. April 1898 wurde Pat. entlassen. Im December 1898 erscheint die Frau vollständig hergestellt, zeigt keine Eventration, verrichtet alle häuslichen Arbeiten mit derselben Kraft wie früher, hat keinerlei Verdauungsbeschwerden.

Zu einer Schlussfolgerung über die Frage, ob bei gangränösen Hernien primär oder sekundär resecirt und genäht werden soll, eignet sich natürlich dieser Fall nicht, da er durch die phlegmonöse Entzündung der kothig und eitrig infiltrirten Bauchdecken einfach dazu nöthigte, zunächst einen Anus praeternatur. anzulegen. Allenfalls kann man auch aus diesem Falle schließen, dass langes Abwarten mit der sekundären Resektion in Rücksicht auf die mangelhafte Ernährung zu widerrathen ist. Denn der nach der Operation eingetretene Collaps war ein derartiger, dass ich die Pat. ohne die vorgenommene Kochsalzinfusion verloren hätte. Ich wartete weiter ab, um möglichst günstige Verhältnisse in der Umgebung der Bruchpforte zu schaffen und um dem Kräftezustand der Pat. sich heben zu lassen. In der Frage, ob primär oder sekundär operirt werden soll, sind die Operateure selbst in unseren Tagen durchaus nicht derselben Meinung.

Denn nach W. Sachs (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1891 Bd. XXXII) operirte Kocher in 25 Fällen von gangränösen Hernien in Folge akuter Einklemmung stets primär — mit einer Mortalität von 60% — während v. Bramann (Vortrag auf dem letzten Chirurgenkongress; s. Beilage No. 26 d. Centralbl.) unter 66 Fällen von Darmgangrän in Folge incarcerirter Hernien nur 2mal primär, 41mal sekundär resecirte und dabei eine Mortalität von nur 45,45% aufzuweisen hatte. Um die Kocher'schen mit den v. Bramann'schen Resultaten vergleichen zu können, mussten natürlich die Fälle v. Bramann's, welche nach Anlegen des Anus praeternat. starben, ehe sie sekundär operirt werden konnten, mitgezählt werden.

Aus diesen Zahlen, welche anscheinend sehr zu Gunsten der sekundären Resektion sprechen, lässt sich indess wegen der enormen Verschiedenartigkeit der einzelnen Fälle nur folgern, dass die Darmresektion bei gangränösen Hernien überhaupt nicht wieder verlassen werden darf; ob dagegen im Einzelfalle primär oder sekundär operirt werden soll, muss dem Ermessen des Operateurs in jedem einzelnen Falle überlassen bleiben.

Ich selbst möchte mit König die von Kocher verfolgte primäre Resektion als die idealere und daher erstrebenswertheste Methode bezeichnen und kann v. Bramann nicht beipflichten, wenn er das Auftreten lobulärer Pneumonien als Kontraindikation gegen die primäre Resektion anführt. Hätte er Recht, dann wäre es mindestens wunderbar, dass unter den 15 Todesfällen der 25 von Kocher primär Operirten kein einziger Todesfall in Folge lobulärer Pneumonie nachgewiesen ist.

In Fällen, wie dem von mir mitgetheilten, ist die primäre Resektion eben so unmöglich wie eine Resektion nach 24 Stunden, wie sie Riedel vorschlug. Innerhalb 24 Stunden lässt sich eine derartige Phlegmone für die Vornahme der Resektion nicht ungefährlich machen.

Die nothwendigen Forderungen für die operative Behandlung eingeklemmter brandiger Brüche sind:

1) Möglichst sichere Desinfektion der Umgebung des einklemmenden Ringes, ev. nur durch Zuwarten zu erreichen. (Von Resektion eines stinkenden Bruch-

sacks [Riedel] kann dann keine Rede sein, wenn, wie im vorliegenden Falle, die Putrescenz weit über den bereits völlig zerfallenen Bruchsack hinausgeht.)

2) Genügende Eröffnung der einklemmenden Stelle (Riedel, Kocher), um den Abfluss aus dem zuführenden Darmende zu sichern. Hierbei kann man sich durch temporäre Tamponade mittels steriler Gaze vor Infektion des gesunden Peritoneums ziemlich sicher schützen. Man kann dadurch umständliche Eingriffe, wie die von Hahn vorgeschlagene Anlegung einer Köliotomie in der Linea alba, umgehen.

3) Möglichst ergiebige Resektion in sicher gesunder Darmpartie, sei es primär, sei es sekundär.

4) Für die Fälle von großer Prostratio virium möchte ich die Kochsalzinfusion empfehlen.

5) Um die motorische Thätigkeit des oft geblähten zuführenden Darmes anzuregen, halte ich es für zweckmäßig, sowohl der Anlegung des Anus praeternat. als auch der Darmvereinigung eine Magenausspülung voranzuschicken. Abgesehen von der Wirkung auf die Peristaltik des Darmes wirkt die Magenausspülung vorzüglich auf das Allgemeinbefinden dieser Kranken, wie ich mich bei nicht gangränösen eingeklemmten Hernien, bei Achsendrehungen des Darmes und auch im obigen Falle überzeugt habe.

Schließlich wird es genug Fälle von operirten gangränösen Hernien geben, wo einer sorgfältigen Nachbehandlung, welche sich nicht von vorn herein schematisiren lässt, ein Feld für die eine oder andere zweckmäßige Verbandvariation geboten wird.

Anführen will ich noch, dass ich während der Operation für die objektive Desinfektion nur 3%ige Borwasserlösung verwendete mit Ausnahme des kleinen Quantums Jodoform, mit welchem der in die Öffnung der Peritonealhöhle eingelegte Tampon bepudert wurde.

---

21) **Tauber.** Ein Beitrag zur Kenntnis des Tetanus des Menschen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 31.)

36jährige Pat. erkrankt an Tetanus. Eingangspforte eine angeblich vor 3 Wochen zugezogene kleine, jetzt mit einer Borke bedeckte Exkoriation an der linken großen Zehe. (Überimpfung der Borke auf weiße Mäuse, positives Ergebnis.) Am 2. und 3. Behandlungstage (4. und 5. der Erkrankung) Injektion von je 50 ccm flüssigen Tetanusantitoxins (Proveniens Paltauf) subkutan. Daneben die übliche Medikation. Tod am 6. Krankheitstage. Bemerkenswerth war das Verhalten der Temperatur, die selbst auf der Höhe der Krankheitserscheinungen nur 37,3 betrug, indess am Morgen des letzten Tages, an welchem gar kein Muskeltonus mehr vorhanden war, auf 42,1 stieg.

Das vor der ersten Antitoxininjektion entnommene Blut bewirkte eben so wie sein Serum, in einer Dosis von 1 ccm weißen Mäusen injicirt, keinerlei Krankheitserscheinungen bei den Thieren, dessgleichen eben so wenig das $1^1/_2$ Stunde nach dem Tode entnommene Herzblut. Nach Injektion von Organextrakten (Gehirn, Rückenmark und Leber) traten tetanische Symptome nach sehr kurzem Latenzstadium (4—10 Minuten) ein, die nur kurze Zeit (bis zu 45 Minuten) anhielten. Den Schluss der Mittheilung bilden die histologischen Befunde an Gehirn und Rückenmark. **Hübener** (Breslau).

22) **Krokiewicz.** 2 Fälle von Tetanus traumaticus, von denen einer mit Gehirnemulsion, der andere mit Tetanusantitoxininjektionen behandelt wurde.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 34.)

Der 1. Fall betraf eine 46jährige Pat., die sich 14 Tage vor Ausbruch der ersten Tetanuserscheinungen mit einer verunreinigten Holzhacke am Mittelfinger



der rechten Hand verletzt hatte. Beginn der Symptome in der Gesichts- und Halsmuskulatur. 8 Tage später Spitalsbehandlung mit Emulsion von frischem Kalbshirn, die jedes Mal frisch bereitet und mit 96% Kochsalzlösung verrieben wurde. Unter insgesammt 4 Injektionen (je 2 zu gleicher Zeit) traten 2mal sterile Abscesse auf. (Da nur auf mikroskopischem Wege die Sterilität festgestellt wurde, ist ein Zweifel erlaubt. Ref.) Heilung.

Ein kurz zuvor mit Tetanusantitoxin (Bujwid) in der Stärke 1 : 10000 (in 4 Dosen in toto 195 ccm) behandelter Tetanusfall bei einem 50jährigen Manne (Quetschwunde am Mittelfinger, Inkubationszeit 7 Tage) gelangte gleichfalls zur Heilung.

Da die beiden Fälle kurz hinter einander in klinischer Beobachtung standen, glaubt K. sich zu Vergleichen zwischen den beiden Behandlungsmethoden besonders berechtigt.

Seine Annahme, dass trotz der ungleichen Inkubationsdauer beide Fälle von gleicher Intensität gewesen seien, erscheint durchaus nicht gerechtfertigt (Ref.).

In dem mit Gehirnemulsion behandelten Falle sei der günstige Krankheitsverlauf sichtbar und rasch gewesen. »Das Wohlbefinden der Kranken gleich nach der ersten Injektion, das erhaltene Sensorium während der ganzen Krankheit, die baldige Verringerung der Anfälle und der Ablauf in 11 Tagen sprechen sehr für die weitere Anwendung dieser Heilmethode (Emulsionsinjektionen).« Bei dem mit Antitoxin injicirten Manne konnten »nach jeder Injektion entschieden häufigere und schmerzhaftere Tetanusanfälle, Schlaflosigkeit, Phantasien, Emporschrecken des Kranken, ziemlich hohes Fieber etc.« konstatirt werden. Die Krankheitsperiode während der Behandlung währte 17 Tage.

(Verf. schießt wohl in der günstigen Beurtheilung des 1. Falles zu Gunsten seiner Therapie etwas über das Ziel hinaus. Nach Ansicht des Ref. konnte wohl auch ohne die Emulsionsinjektionen derselbe Erfolg erzielt sein.)

Hübener (Breslau).

23) **Chavasse** (Paris). **Deux cas de plaies pénétrantes de l'abdomen et de la poitrine par l'épée-baïonnette du modèle 1886.**

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1898. September.)

In dem einen der mitgetheilten Fälle handelt es sich um die Sektion eines von einem überfallenen Posten mit dem Bajonett verwundeten und nach 100 m zusammengebrochenen Arabers. Die Waffe hatte die Bauchhöhle von rechts nach links ganz durchbohrt, es war aber nur wenig Blut nach außen gedrungen, und trotzdem waren Quercolon, Vena cava und Aorta gleich oberhalb der Bifurkation durchbohrt, außerdem fand sich noch eine Erosion des Blinddarms und eine Zerreißung des Mesenteriums, so wie natürlich ein sehr großer Bluterguss.

In einem zweiten Falle handelt es sich um mehrere Stiche, die die Pleurahöhle durchbohrt und ein ausgedehntes Hautemphysem bewirkt hatten. Es bildete sich eine Pneumonie und schließlich auch unterhalb des M. trapezius ein Eiterherd aus, welcher letztere nach Incision verheilte, während die Pneumonie und das Hautemphysem sich zurückbildeten. Offenbar handelte es sich um unmittelbare Infektion durch die Waffe.

C. hat alle bekannten Wunden mit dem Épé-baïonnette gesammelt und findet, dass die einfachen Weichtheilwunden meist ohne Eiterung heilen. Die Schädelwunden pflegen schwer zu sein, eine verlief tödlich, eine andere endete zwar in Genesung, aber mit Lähmungserscheinungen. Von den 4 durchbohrenden Brustwunden ging nur die oben besprochene in Heilung, die übrigen 3 in Tod aus, und zwar 1mal durch Herzverletzung, 1mal durch Emphysem des Mediastinums, 1mal durch Lungenblutung. Dagegen haben unter 9 durchbohrenden Bauchwunden nur 2 den Tod herbeigeführt, während die übrigen 7 ohne Eingriff in Genesung ausgingen. Die beiden Todesfälle wurden durch Verletzungen der großen Gefäße veranlasst, wogegen die Darmschlingen dem Bajonett auszuweichen scheinen oder, wenn dennoch verletzt, vielleicht durch den hier beobachteten Vorfall der

Darmschleimhaut zum Verschluss und zur Heilung gebracht werden. Bei Durchbohrungen zeigen die großen Arterien meist die Eintrittswunden, die, wenn senkrecht auf die Achse, eine größere Länge haben, und die Intima ist meist in größerer Ausdehnung als die anderen Häute zerrissen; die Austrittswunde ist glatter; doch sind beide größer als der Durchmesser der Waffe. Die Verletzungen der Venen sind gleichfalls meist transversal, doch mehr zerrissen und ausgedehnter. Platte Knochen, Schädel und Schulterblatt werden leicht durchlocht, meist mit Splitterung besonders der Tabula interna. An der Haut pflegen die Wunden viereckig zu sein und etwas zerrissene Ränder zu haben; die Ausgangswunde hat manchmal die Gestalt eines V und ist unregelmäßiger und größer.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

24) **F. Isemer.** Zwei Fälle von Blinddarmentzündung hervorgerufen durch Aktinomyces.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

Nach einer historischen Einleitung und pathologisch-anatomischen Vorbemerkungen schildert Verf. in eingehender Weise 2 in der Greifswalder chirurgischen Klinik zur Beobachtung gelangte Fälle von Perityphlitis actinomycotica.

Fall 1. Dienstmädchen, 21 Jahre alt, im Oktober 1893 Blinddarmentzündung, 12 Wochen später Incision in der rechten Seite des Unterleibes, von der eine Fistel zurückbleibt. Mai 1897 Operation in der Klinik. Die Fistel führt in eine große abdominelle Eiterhöhle. Ein Abscess am rechten Oberschenkel dessgleichen gespalten. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt im Eiter und den die Höhle ausfüllenden Granulationen typische Aktinomycesdrusen. Unter Bildung neuer Fisteln und Eiterherde so wie embolischer Processe Tod December 1897. Sektion ergiebt Kommunikation einer Fistel mit der Blase. Processus vermiformis mit dem Coecum fest verwachsen, rechtwinklig geknickt, im Innern ein steinhartes Konkrement. In der rechten Lunge ein großer Eiterherd, in der Leber und rechten Nebenniere zahlreiche kleine Abscesse.

Fall 2. Mann, 22 Jahre alt. April 1897 Perityphlitis, die Ende Mai recidivirte. Juni 1897 in der Klinik operirt. Direkt über der Mitte des Lig. Pouparti gänseeigroße Hervorwölbung der Haut. Incision führt in eine enorme Abscesshöhle. Bei einem 2. Eingriff, Mitte November, Processus vermiformis, der mit dem Blinddarm völlig verwachsen und entzündlich verändert, resecirt. Ende December Tod. Sektion. Auf der Grenze von Colon und Coecum 2 kleine Öffnungen im Darm, die in die Abscesshöhle münden. In der Schleimhaut des Blinddarms und Processus vermiformis prominiren einige kleinere gelbe Knötchen, die am stärksten auftreten zwischen den beiden Darmöffnungen. Die Incision dieser Partien ergiebt Eiter in der Submucosa, der die Drusen des Aktinomyces enthält. Die vordere Wand des Kreuz- und Steißbeins von zahlreichen Eiterherden durchsetzt, dessgleichen im Rückenmarkskanal dicker gelber Eiter.

23 ähnliche Fälle, die schon vorher veröffentlicht, bilden den Schluss der fleißigen Arbeit. **F. Hansen** (Herborn).

25) **A. Stratmann.** Die Radikaloperation der recidivirenden Perityphlitis.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

Verf. berichtet über 11 Fälle recidivirender Perityphlitis, die von Helferich der Radikaloperation unterzogen wurden. 10 wurden definitiv von ihrem Leiden befreit. Ein tödlich verlaufener Fall ist dadurch interessant, dass eine, wie die Autopsie ergab, alte Perforationsöffnung im Dünndarm 3 cm oberhalb der Bauhin'schen Klappe, die vor der Operation mit einem abgekapselten Abscess kommunicirte, nach der Operation in die freie Bauchhöhle mündete, dadurch eine Peritonitis hervorrief, welche am 3. Tag nach der Operation trotz nochmaligem Eingriff den Tod herbeiführte.

Das von Helferich geübte Operationsverfahren, bei Anlegung des Bauchschnittes die einzelnen Muskellagen entsprechend der Faserung durchzutrennen,



und nachher schichtweise zu nähen (Bauchfell — tiefere Muskulatur — M. obliqu. abd. ext. mit Aponeurose — subkutanes Gewebe und Haut) wird anderwärts auch schon länger angewandt. **F. Hansen** (Herborn).

26) **Fowler.** A case of fecal communication with the bladder, with resulting calculus following appendicitis.

(Med. news 1898. Mai 21.)

62jähriger Mann erkrankte vor 12 Jahren an Epityphlitis. Durchbruch des Abscesses in die Blase. Seitdem wird beständig etwas Koth mit dem Urin entleert. Seit 1 Jahre heftige Beschwerden von Seiten der Blase, der Harnstrahl wird oft unterbrochen. Mit der Sonde wird die Anwesenheit eines Steines festgestellt. Eröffnung der Blase. Starke Cystitis, so wie ein kastaniengroßer Phosphatstein, der offenbar dem in die Blase gedrungenen Koth seine Entstehung verdankte.

Strauch (Braunschweig).

27) **A. Langer.** Über einen Fall von Hernia cruro-properitonealis mit Incarceration im properitonealen Bruchsack.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 94.)

Ein Fall aus J. Schnitzler's Hospitalabtheilung in Wien. 57jähriger Mann, der 6 Tage vor der Aufnahme plötzlich von heftigen Leibschmerzen befallen wurde, nachdem unmittelbar vorher ein linksseitiger Bruch, welcher schon seit vielen Jahren bestand, spontan verschwunden war. Es folgen Singultus, Verstopfung und Ileus. Bei der Aufnahme mäßige Spannung und Empfindlichkeit des Leibes, an den Bruchpforten nichts Abnormes tastbar. Bei der Laparotomie wird oberhalb des linken Poupart'schen Bandes eine incarcerirende Bruchpforte gefühlt, etwas eingekerbt und aus ihr eine ca. 14 cm lange Darmschlinge von schlechter Beschaffenheit extrahirt. Der Bruchsack erstreckt sich subserös nach unten und hinten entlang der Seitenwand des Beckens. Darmresektion, Naht. Tod 10 Stunden später im Collaps.

Bei der Sektion fand sich: »Linkerseits unter dem Poupart'schen Bande eine nagelgliedgroße Bruchsackhöhle, welche in breiter Kommunikation steht mit einem apfelgroßen, innerhalb des Bauchraums gelegenen, subserös entwickelten Bruchsack, der sich von der Gegend des Schenkelkanals entlang der seitlichen Beckenwand bis an die Insertion des Mesocolons erstreckt. Durch eine für einen Finger bequem passirbare Pforte, die etwas nach ein- und rückwärts vom Schenkelkanal gelegen ist, kommunicirt er mit dem übrigen Bauchraum«.

L. bemerkt, dass der Fall die erste bei einem Manne beobachtete Cruro-properitonealhernie ist. Ref. möchte, da der Bruchsack bis an die Insertion des Mesocolons heranging, die Frage aufwerfen, ob hier nicht an eine retroperitoneale Hernia intersigmoidea zu denken wäre. Von Interesse ist der spontane Rückgang des äußeren Hernientheils. L. meint dies als eine Folge bereits eingetretener Incarceration deuten zu können. Der gebläht und stramm werdende Darm soll die periphere Schlinge zurückgezogen haben. (? Ref. Sollte der voluminöser werdende Darm nicht im Gegentheil mit centrifugalem Druck umgekehrt wirken?)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **Linon** (Toulose). Contribution à l'étude de la cure radicale des hernies.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1898. Oktober.)

L. hat in 36 Fällen nach der Methode von Championnière die Radikaloperation der Brüche ausgeführt, davon 24 schon vor 2—3 Jahren. L. hat sich jetzt nach dem Geschick dieser letzteren 24 Operirten erkundigt und von 18 derselben Antworten erhalten. Nur 2 lauteten ungünstig, es waren Recidive eingetreten, trotzdem aber erhebliche Besserungen erzielt, so dass die Operirten sehr zufrieden waren. Alle anderen 16 sind bisher frei von Recidiven geblieben. Auch

nach den 12 anderen noch zu frischen Operationen war vorläufig der Erfolg zufriedenstellend. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

29) Tieber. Über den Murphyknopf; eine nachtheilige Beobachtung bei der Anwesenheit desselben.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 40.)

Nach Resektion eines 25 cm langen Stückes Dünndarm bei einem eingeklemmten Bruch (Gold-Bielitz) wurden die beiden Darmenden cirkulär mit Murphyknopf vereinigt. Im Anschluss daran Radikaloperation der Hernie. Befinden nach der Operation gut. Am nächsten Tage zwar Flatus, doch zunehmender Meteorismus, Erbrechen, kein Stuhl. Tod. Sektion erweist das Fehlen von Peritonitis, dagegen fand sich in der centralen Öffnung des Knopfes ein Pflaumenkern bis über die Hälfte der Lichtung fest eingekeilt. **Hübener** (Breslau).

30) M. Gerulanos. Zur Kenntnis der nach Perforation eines Magengeschwürs auftretenden abgekapselten Intraperitonealabscesse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 303.)

2 Fälle aus der Greifswalder Klinik, der eine durch Operationen geheilt, der zweite †.

Fall 1. Ein magengeschwürkrankes 21jähriges Dienstmädchen kommt circa 48 Stunden nach Eintritt einer Perforation schwer kollabirt und mit Zeichen allgemeiner Peritonitis ins Spital. Der Schwäche wegen zunächst keine Operation, Langsame Besserung. Vom 9. Tage an stärkeres Fieber, an der rechten Leibesseite beginnende schmerzhafte Resistenz. In der Lendengegend so wie im kleinen Becken werden Abscesse nachweisbar, welche durch Schnitte in der vorderen Axillarlinie über der Spina und durch das hintere Scheidengewölbe ca. 3 Wochen nach dem Krankheitsbeginn entleert werden. Bedeutende Besserung, doch kein völliger Fieberabfall. Endlich wird noch etwa am 40. Krankheitstage ein linksseitiger subphrenischer Abscess, auf welchen schon öfters mit Probepunktionen vergeblich gefahndet war, konstatirt und operirt. Danach ungestörte, völlige Rekonvalescenz.

Fall 2. 17jähriges Dienstmädchen, 2 Tage nach einer Magengeschwürsperforation aufgenommen, wurde primär mittels Schnitt vom Brustbein zur Schamfuge laparotomirt. Entleerung serös-eitriger Flüssigkeit, Entfernung von Fibrinbeschlägen vom Magen und Darm; insbesondere auch aus dem linken subphrenischen Raum. Vernähung der pfenniggroßen, in der Vorderwand sitzenden Magenperforation. Gazestreifen auf die Magennaht durch die sonst ganz vernähte Wunde. Befriedigender Verlauf bis zum 6. Tage, von welchem an stärkeres Fieber eintrat. Am 9. Tage Tod in Folge Durchbruchs eines linksseitigen subphrenischen Abscesses in die Lunge. (Die von demselben veranlassten Erscheinungen waren als Pneumonie aufgefasst.) Die Sektion zeigte, von diesem Abscess abgesehen, keine Peritonitis mehr.

In der Besprechung weist G. darauf hin, dass die Lokalisationen solcher sekundärer Abscesse vermuthlich durch den austretenden Mageninhalt bedingt werden, welcher der Schwere nach die abhängigen Leibesräume aufsucht, also die Lendengegenden, das kleine Becken, die subphrenischen Räume. In den letzteren sind die »stomachalen« Abscesse schon durch Maydl bekannt. Beide Fälle lehren die Wichtigkeit rechtzeitiger Diagnose und Operation dieser Erkrankungen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

31) G. Sprave. Einige Fälle von operativer Behandlung der Perforationsperitonitis nach Ulcus ventriculi.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

Aufzählung von 8 Fällen von Perforationsperitonitis nach Magengeschwür. 3 davon wurden in der Greifswalder Klinik operirt, und zwar einer mit Erfolg. Von den übrigen verlief noch ein von Schuchard operirter Fall günstig, während alle anderen zum Tode kamen. **F. Hansen** (Herborn).

32) **Brooks.** A case of primary multiple sarcoma of the stomach, following gunshot wound.

(Med. news 1898. Mai 11.)

Sarkome des Magens sind außerordentlich selten. Verf. konnte aus der Litteratur nur 15 Fälle (6 Rundzellen-, 4 Spindelzellensarkome, 2 Myosarkome, 2 unbestimmten Aufbaues) zusammenstellen. Einen weiteren Fall hatte Verf. zu beobachten Gelegenheit; derselbe ist der einzige, der sich von einer Narbe aus entwickelte.

67jähriger Mann hatte vor etwa 20 Jahren einen Schuss in die Magengegend bekommen. Seit 7 Monaten Schmerzen in der Magengegend, gelegentliches Erbrechen. Tod. Bei der Sektion fand sich die Narbe der Schusswunde durch den linken Leberlappen und die anstoßende Magenwand reichend. Die Magenwand war hier durch festes Narbengewebe mit der Leber verwachsen. In der Magenwand fanden sich rings um diese Narbe zahlreiche Geschwulstknoten von $^1/_2$—$1^1/_2$ Zoll Durchmesser, welche zum Theil die Schleimhaut exulcerirt hatten. Besonders dicht war die Pylorusgegend mit Knoten besetzt. Derselbe war dadurch in einen engen, gewundenen Kanal verwandelt. Die Geschwulst erwies sich als Rundzellensarkom, ausgehend vom submukösen Bindegewebe der Magenwand.

Strauch (Braunschweig).

33) **Routier.** Cancer annulaire du jéjunum. — Gastro-entéro-anastomose au bouton de Murphy. — Entéroanastomose à la soie. — Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXIV. p. 266.)

Statt des vermutheten Pyloruskrebses fand R. bei seinem Pat. ein ringförmiges Carcinom des Jejunum 30 cm unterhalb des Duodenum; der Darm oberhalb der Geschwulst war stark erweitert. R. machte desshalb eine Anastomose zwischen einer gesunden Darmschlinge unterhalb der Neubildung mit dem Magen einerseits, mit dem erweiterten Darm oberhalb der Neubildung andererseits, um der Galle und dem Pankreassekret Abfluss zu schaffen. — Genesung.

Reichel (Chemnitz).

34) **J. Brault.** Occlusion intestinale, constriction circulaire, vaste epanchement sero-hématique, injection extrême de l'instestin grêle, vascularisation et épaississement du mésentère sur l'étendue de deux mètres en amont de l'obstacle.

(Gaz. hebdom. de med. et de chirurg. 1898. Juni.)

Das Wesentliche ist in der Überschrift enthalten. Der 45 Jahre alte Pat. starb, trotzdem der Eingriff schnell und sicher ausgeführt werden konnte, einige Stunden nach der Operation.

Der Fall gab B. Veranlassung zu untersuchen, ob eine bloße cirkuläre Konstriktion des Darmes genügt, um in kurzer Zeit (rapidement) einen erheblichen blutig-serösen Erguss in der Bauchhöhle zu erzeugen. Bei Ratten und Meerschweinchen gelang es ihm nicht, einen Erguss zu Stande zu bringen, wohl aber bei Hunden und Katzen. Eine Erklärung für diesen Unterschied wird nicht gegeben. Verf. glaubt, dass die Unterbrechung der Blutcirkulation nicht das alleinige Moment zur Produktion der Flüssigkeit ist, sondern dass die Unterbrechung der Kothpassage dazu gehört.

(Dass auch die Störung der Blutcirkulation allein dies kann, beweist doch die Anwesenheit von Bruchwasser bei Einklemmungen reiner Netzbrüche! Ref.)

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

35) **Guinard.** Occlusion intestinale produite par un diverticule de Meckel.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXIV. p. 189.)

Das Darmdivertikel, das im Falle G.'s eine innere Einklemmung bei einem 36jährigen Manne verursachte, entsprang 70 cm oberhalb der Valvula ileocoecalis,

war 23 cm lang und haftete mit seinem freien Ende am Mesocolon nahe dem Mastdarm fest. Es bildete so einen strangförmigen Ring, in dem sich eine Darmschlinge einklemmte. Trotz rascher Operation erlag der schon vorher heruntergekommene und fiebernde Pat. binnen 24 Stunden. **Reichel** (Chemnitz).

36) **Hartmann.** Occlusion intestinale par un canal omphalo-mésentérique persistant.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXIV. p. 202.)

Der 29jährige Pat. H.'s litt bereits seit Kindheit an ziemlich häufigen, mit Verstopfung einhergehenden, 2—4 Tage anhaltenden Koliken. Am 12. Juni 1897 erkrankte er unter den Erscheinungen des akuten Darmverschlusses. Am 17. Juni wurde er laparotomirt. Als auffällig hatte die Untersuchung am Nabel eine beständig nässende, granulationsähnliche Stelle erkennen lassen, in die sich indess eine Sonde nicht einführen ließ. Die Operation deckte die Einklemmung einer Dünndarmschlinge durch einen erhalten gebliebenen Ductus omphalo-mesentericus auf. Verdacht auf Gangrän der Schnürstelle machte cirkuläre Darmresektion und Darmnaht nothwendig. Pat. genas. — Es ist dies der erste, in Genesung ausgehende Fall eines Darmverschlusses durch den genannten Kanal.

Reichel (Chemnitz).

37) **Lennander.** Ein Fall von multiplen tuberkulösen Stenosen im Ileum. Darmresektion, Befestigung des distalen Darmendes seitlich in das proximale mit einem Murphyknopf, der nach einem Jahre durch einen neuen Bauchschnitt entfernt wurde.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 32.)

Es handelte sich um eine 37jährige Näherin, welche früher an häufig recidivirender Epityphlitis litt, in Folge deren die Appendix, die nur katarrhalische Veränderungen zeigte, von Dahlgren exstirpirt wurde. Bald darauf erkrankte sie mit Kolikschmerzen, klagte über Spannung im aufgetriebenen Leib, Verstopfung und Erbrechen. Die Erscheinungen wiederholten sich alle 2—3 Wochen. Bei der durch L. in Chloroform-Äthernarkose ausgeführten Laparotomie fand sich, dass der Dünndarm an seinem coecalen Ende in eine sehr verengte Stelle überging, die ca. 1/2 m oberhalb der Bauhin'schen Klappe lag. Weiter abwärts von dieser Stelle wurden noch 3 weniger bedeutende Engen konstatirt, neben vergrößerten und verkästen Lymphdrüsen im Gekröse. Das kranke Darmstück wurde in einer Länge von 41 cm entfernt und die Darmenden in der im Titel angegebenen Weise mittels Murphyknopfs vereinigt. Der Verlauf war ein günstiger, die Wunde heilte per priman intentionem. Pat. konnte darauf gewöhnliche Kost gut vertragen, der Stuhlgang hatte sich geregelt, und Pat. wurde arbeitsfähig. Der Knopf ging jedoch nicht ab. Nach mehreren Monaten traten neuerdings kolikartige Schmerzen auf, zu denen sich häufiger Harndrang gesellte. Bei der neuerlichen Aufnahme in die Klinik fühlte man den Murphyknopf beweglich in einer Dünndarmschlinge liegend über dem rechten hinteren Scheidengewölbe. Neuerliche Köliotomie; man stieß dabei zunächst auf reichliche Verwachsungen zwischen Colon transversum, Netz und Peritoneum parietale. Nach Lösung der Verwachsungen fand man an der Stelle der vorausgegangenen Darmresektion einen 12 cm langen Blindsack, welcher nach dem Boden des kleinen Beckens hinabging und auf seinem Grunde den Knopf enthielt. Exstirpation des sogenannten Darmdivertikels mit dem Knopf. Er war deutlich aus einer Verlängerung des Blindsacks gebildet, der durch die Einsetzung des distalen Endes des Ileum seitlich in das proximale und unter dem Einfluss der relativen Schwere des Knopfes entstanden war. Im Übrigen war der Darm durchaus gesund und frei von Verwachsungen. Heilung der Wunde per primam intentionem; Pat. erholte sich rasch und war seither frei von krankhaften Erscheinungen im Unterleibe. Erwähnenswerth ist noch, dass die Vernicklung des Murphyknopfs spurlos verschwunden war, und derselbe allenthalben die Farbe des Messings zeigt. **Gold** (Bielitz).

38) **Gérard-Marchant.** Rétrécissement du rectum et du côlon descendant.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXIV. p. 145.)

Verf. beschreibt das Präparat einer 42 cm langen syphilitischen Striktur des Mast- und absteigenden Dickdarms, welche nach oben erst 10 cm unterhalb des Winkels zwischen Quer- und absteigendem Dickdarm endete. Da die durchschnittliche Länge des Darmes von diesem Winkel bis zum After 75 cm beträgt, so ist anzunehmen, dass in gleicher Weise, wie in querer, auch in der Längsrichtung eine Schrumpfung der Darmwand stattgefunden hat, dass also der erkrankte Darmabschnitt ursprünglich weit länger als 42 cm war. Der Fall beweist, wie nothwendig eine äußerst sorgfältige Untersuchung ist, und wie vorsichtig man die Prognose stellen muss, ehe man eine Exstirpation des strikturirten Darmabschnittes in Vorschlag bringt. **Reichel** (Chemnitz).

39) **H. Weber.** Über Carcinoma recti. 46 Fälle aus der königlichen chirurgischen Klinik zu Greifswald.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

Verf. giebt 46 Krankengeschichten von Mastdarmkrebs, die in den Jahren 1888—1897 in der Greifswalder Klinik operirt wurden. Zur Radikaloperation kamen 22. Von diesen leben noch 8, darunter ein Fall aus dem Jahre 1898. 7 sind noch heute völlig gesund und beschwerdefrei. Bei 18 inoperablen Fällen wurde ein Kunstafter angelegt, während bei 6 von jedem Eingriff abgesehen werden musste. **F. Hansen** (Herborn.)

40) **Depage.** Résection du foie pour kyste hydatique.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. März.)

In dem von D. beschriebenen Falle zeigten sich bei Eröffnung des Bauches 4 Echinokokkencysten, 1 im Lobus quadratus, 3 im linken Leberlappen. Da die gewöhnliche Methode der Eröffnung des Sackes nicht ausführbar war, resecirte D. zuerst die ganze Partie des linken Leberlappens, in welcher sich die 3 Cysten befanden. Durch leichte Traktionen gelang es, den ganzen linken Lappen in die Bauchwunde zu entwickeln, woselbst mit dem Thermokauter dicht an den Cysten die Resektion in der Lebersubstanz ohne nennenswerthe Blutung vorgenommen werden konnte. Die Cyste im Lobus quadratus konnte durch Enukleation entfernt werden; die dabei auftretende Blutung musste durch Tamponade gestillt werden.

Die Erscheinung, dass nach der Operation für einige Tage die Gallensekretion vollständig sistirte, erklärt D. aus einer Hemmungswirkung (stupeur momentanée) der sekretorischen Fasern des Sympathicus. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

41) **Palleroni.** Sopra un caso di resezione di fegato per estirpatione totale di cisti da echinococco.

(Gazz. degli ospedali 1898. No. 94.)

Es bestand bei einer 55jährigen Frau eine bewegliche Geschwulst des rechten Hypochondriums, die offenbar schon lange Zeit bestand und zeitweise große Beschwerden machte. Genaue Diagnose schien aber nicht möglich. Tansini in Palermo machte die Laparotomie. Die Geschwulst saß breit im rechten Leberlappen mit $^2/_3$ ihrer Größe, die Gallenblase an ihrer Unterseite. Die Geschwulst war orangengroß, hart und von unregelmäßiger Form. Die Gallenblase wurde stumpf abgelößt, dann das Lebergewebe über der Geschwulst scharf durchtrennt; in der Tiefe gelang die Enukleation. Gute Dienste zum Vorziehen der Leber erwiesen durch die Substanz letzterer gezogene Seidenfäden. Die Blutung ließ sich gut beherrschen durch Unterbindung der größeren Gefäße. Die Leberwunde wurde durch 17 Seidenknopfnähte geschlossen. Glatte Heilung. — Die Geschwulst war ein Echinococcus mit breiigem Inhalt, Tochtercysten und verdickter und verkalter Wandung. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

42) M. Trofimow. Über die moderne Behandlung der Echinococcusblasen der Bauchhöhle. (Aus der chirurgischen Abtheilung des Poltawa'schen Semstwo-Krankenhauses.)

(Chirurgia 1898. p. 399. [Russisch.])

T. geht nach einer Würdigung der Gefahren der älteren Operationsweisen gegen Echinococcus näher auf die Exstirpation des Sackes und — wo diese nicht ausführbar ist — auf das Billroth'sche und Bobrow'sche Verfahren ein. Bobrow hatte mit der auch von ihm angewandten 10%igen Jodoform-Glycerinemulsion schlechte Erfahrungen gemacht. Er nahm die Jodoformemulsion immer weniger jodoformhaltig und füllte später die von der Chitinhülle entblößte Höhle mit physiologischer Kochsalzlösung aus[1].

In dieser Weise hat T. 3 Fälle von Echinococcus behandelt.

1) Im 1. Falle, der eine seit 10 Jahren kranke, 30jährige Bäuerin betraf, füllte die Geschwulst den größten Theil der Bauchhöhle. Es wurde Milz- oder Nierenechinococcus angenommen. Die Operation erwies Nierenechinococcus, welcher die untere Hälfte der linken Niere eingenommen und zerstört hatte. Die von der Chitinhülle befreite Höhle wurde, nachdem ein Stück aus der Sackwand herausgeschnitten, mit Kochsalzlösung angefüllt und ihre nach innen geschlagenen Ränder mit einander blind vernäht. Nach der Heilung fühlte man eine kleine Geschwulst, die sich in der Folge noch weiter verkleinerte.

Bei der Seltenheit des Nierenechinococcus stellt T. noch andere 7 Fälle aus der russischen Litteratur zusammen (von Kolaczewski 1, Bogajewski 2 und Knie, Koch, Orlowski und Sserapin [Klinik Prof. Weljaminow's] je 1 Fall).

Mit diesen Fällen hat T. die Kasuistik des Nierenechinococcus, über welche bekanntlich schon Gustav Simon eine zusammenfassende Arbeit geschrieben hat, nicht unwesentlich vermehrt. Sein eigener (8.) Fall zeichnet sich noch dadurch aus, dass in ihm das (ältere) Verfahren Bobrow's in Anwendung gekommen ist.

2) Die Kranke, eine 37jährige Kosakenfrau, hält sich seit etwa 8 Monaten für leidend. Großer Leberechinococcus. Auch in diesem Falle bewährte sich die bloße Anfüllung der Höhle mit Kochsalzlösung glänzend. Erwähnenswerth ist der Umstand, dass die Füllung nicht vollständig war, weil bei der Operation, vor der Vernähung, ein Theil der Flüssigkeit verschüttet worden war. Es zeigte sich im Heilungsverlauf ein geringer Gallenfluss, der bald versiegte.

3) Leberechinococcus bei einer 20jährigen Bäuerin. Ebenfalls glatte Heilung nach dem Bobrow'schen Operationsverfahren.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

43) N. W. Parieski. Zur Kasuistik des subdiaphargmatischen Echinococcus und zur Frage über die Technik der Eröffnung des subdiaphragmalen Raumes.

(Chirurgia 1898. p. 411. [Russisch.])

In dem von P. im Tiflis'schen Eisenbahnkrankenhause operirten Falle stand, wie es sich bei der Operation zeigte, die untere Lungengrenze höher als die Einschnittstelle an der 8. Rippe, von welcher ein 8 cm langes Stück herausgenommen wurde. Die 26jährige Operirte bekam nach anfänglichem guten Heilungsverlauf 7 Tage nach der Operation eine akute katarrhalische Pneumonie mit heftiger seröser Pleuritis, die nach Aspiration des Exsudats ausheilte. Es trat vollständige Genesung ein.

In einem anderen Falle im Jahre 1896 war P. so wie Trojanow in der Weise vorgegangen, dass er nach dem Einschnitt die vorliegende Pleura costalis mit dem

---

[1] Bekanntlich hat Prof. Bobrow schließlich das Ausfüllen der zurückgebliebenen Höhle überhaupt verlassen und näht dieselbe jetzt einfach zu, mit bestem Erfolg. Ref.



Finger stumpf vorsichtig abdrängte und so das Zwerchfell ohne Verletzung der Pleura eröffnen konnte.

Bei seinen Leichenversuchen, die er in dieser Richtung anstellte, fand er, dass diese Operation schwieriger war als in den entzündeten und geschwollenen Geweben der Kranken. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

44) A. v. Brackel. Zur Kenntnis der Pankreascysten. Ein Fall von Pankreascyste, Exstirpation, Heilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 293.)

Der hier beschriebene Fall ist von Zoege v. Manteuffel operirt und betrifft ein 34jähriges Fräulein. Sie bemerkte seit $2^1/_2$ Jahren leichte Leibschmerzen, meist nach dem Essen, zwischen Mittellinie und linkem Rippenbogen. Vor ca. $1^1/_2$ Jahre eine gänseeigroße Geschwulst in dieser Gegend bemerkt, die neuerdings rasch gewachsen ist. Vor 3 Monaten ein ileusartiger Anfall mit Kolik und Brechen, danach Verschlimmerung der unbehaglich schmerzhaften Leibesempfindungen; Ernährung unbeeinträchtigt. Es zeigte sich eine mannskopfgroße, etwas bewegliche, prall elastische Geschwulst im linken Mesogastrium und Hypochondrium. Luftaufblasung des Colons schiebt die Geschwulst nach oben, links. Diagnose unklar: Hydronephrose oder Pankreascyste? Schnitt, um retroperitoneales Vorgehen zu versuchen, in der Lende; da dieser nichts nützt, Bauch eröffnet zunächst vom Lendenschnitt aus transversal nach dem Nabel, dann auch vertikal zwischen diesem und Brustbein. Die Geschwulst ist subserös, kommt von hinten, links, oben zwischen den Mesocolonblättern herab, sich zwischen Magen und Colon drängend. Colon nebst Netz wird nach oben geschlagen. Dann Spaltung des Mesocolonblattes, wonach sich die Geschwulst aushülsen und emporheben lässt, nachdem in sie eintretende Gefäße gefasst sind. Jetzt als eine dem Pankreasschwanz entstammende Cyste erkannt, wird sie punktirt und entleert $5^1/_2$ Liter klare, gelbgrünliche, leicht opalescirende, fadenziehende Flüssigkeit. Dann Unterbindung des Pankreasstiels im Gesunden, Entfernung der Geschwulst. Die Heilung war durch einen Abscess der Lendenwunde gestört, führte aber zu völliger Genesung der Pat., die jetzt verheirathet und Mutter von 2 Kindern ist.

Die anatomisch-histologische Untersuchung des Präparats lehrte, dass es sich um eine Proliferationscyste, um ein Cystoadenom handelte. Unter den bislang beschriebenen 128 operirten Pankreascysten fanden sich, wie v. B. schreibt, nur 12 solche Adenomcysten, zu denen neuerdings noch 2 hinzugekommen sind. Spaltung und Einnähen des Cystenbalges in die Bauchwunde kann in solchen Fällen nicht genügen, es kann leicht eine dauernde Fistel hinterbleiben und die Geschwulst weiter wuchern. Der beschriebene Fall stellt die 15. Totalexstirpation einer Pankreascyste dar. Von den 15 Operirten starben 2 an Peritonitis. In 12 Fällen ferner wurde eine Totalexstirpation versucht, ohne dass sie gelang. Dabei starben 4 Pat., 8 heilten nach einer Partialexcision. Da Pankreascysten meist diagnostisch unklar sind, ist öfters ihre Probepunktion angerathen. Letztere verwirft Verf. und wünscht sie stets durch eine Probelaparotomie ersetzt, nach welcher die anatomischen Verhältnisse zu prüfen und demgemäß die weiteren Eingriffe — Excision oder Incision — zu wählen sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) Tricomi. Splenektomie.

(Durante's Festschrift.)

Verf. hat in der chirurgisch-propädeutischen Klinik von Padua 17mal die Milzexstirpation ausgeführt, 7mal wegen Hypertrophie in Folge von Malaria, 5mal wegen Lageveränderung, 3mal wegen einfacher Hypertrophie und je 1mal wegen leukämischer Hypertrophie und Echinokokkencyste. Sämmtliche Fälle wurden mit Glück operirt bis auf einen Fall von Malariahypertrophie und leukämischer Hypertrophie. Die Arbeit, der ein vollständiges Litteraturverzeichnis über Milzexstirpationen angehängt ist, stellt die gesammte Kasuistik zusammen und hat desshalb auch Werth für die Statistik. **Dreyer** (Köln).

46) **K. Faber** (Kopenhagen). Über Gräten als Fremdköper im Darm und über Knochenverdauung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 35.)

F. berichtet über einen 59jährigen Bauer, welcher wegen 3 Jahre andauernder Diarrhöe die Klinik aufsuchte. Die Ursache des Leidens, welches jeder Therapie trotzte, konnte erst ermittelt werden, als gelegentlich im Stuhl des sonst ganz gesunden Mannes eine Anzahl 2—3 cm langer Gräten, Flossenstrahlen und Rippen vom Dorsch etc. gefunden wurden. Auf Darmirrigationen und unter Beobachtung entsprechender Diät waren nach und nach im Ganzen 1535 Gräten abgegangen, außerdem wurde unter großen Schmerzen und blutiger Abführung an einem Tage ein Klumpen in einander geschlungener Gräten von der Größe eines Taubeneies ausgestoßen. Darauf hin erholte sich der Kranke, nahm an Gewicht rasch zu und konnte bald geheilt entlassen werden.

F. nimmt an, dass die Grätenanhäufung in einer mangelhaften Magenverdauung und in ungenügender Salzsäurebildung begründet war. Aus den diesbezüglich angestellten Versuchen zog er den Schluss, dass die Gräten, welche der Mensch in dem Essen verschluckt, in der Regel in einem normalen Magen verdaut werden. Bei einigen Individuen mit scheinbar normaler Magenfunktion verlassen die Gräten gewöhnlich den Magen unverdaut. Häufig, ja fast immer, ist dies der Fall bei Pat. mit mangelhafter Magensaftsekretion. Gräten, welche den Pylorus passirt haben, werden nicht aufgelöst, sondern sie werden in der Regel mit den Fäces ausgeschieden, ohne irgend welche Beschwerden zu bereiten, jedoch werden sie in manchen Fällen im Blind- oder Mastdarm zu größeren Konkrementen gesammelt, welche chronische Darmerkrankungen zur Folge haben können; im Mastdarm aufgespeichert, veranlassen sie chronische Diarrhöe, zuweilen Blutungen. Wie die Litteratur berichtet, können Gräten auch Abscessbildung und Perforationsperitonitis herbeiführen. **Gold** (Bielitz).

47) **Maass.** Ovarialhernie mit Stieldrehung beim Kind.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 35.)

Es handelte sich um ein 10 Monate altes Mädchen, welches 2 Tage vor der Aufnahme in die Poliklinik mit Übelkeit und Erbrechen erkrankte. Bald darauf entdeckte die Mutter eine schmerzhafte Geschwulst in der Leistenbeuge. Das Kind verweigerte die Nahrung, der Stuhl war angehalten, das Erbrechen nahm zu. Bei der Untersuchung des Kindes fand M. die rechte Schamlippe stark ödematös geschwollen und in ihrem oberen Bereich sehr druckempfindlich; hier fühlte man unter der ödematösen Haut eine ca. taubeneigroße Geschwulst, die sich, an ihrem oberen Pol sich verjüngend, mittels eines dünnen Stiels nach der Gegend des äußeren Leistenrings fortsetzte. Die Geschwulst konnte an diesem Stiel leicht hin- und hergeschoben werden, doch war ihre Reposition nicht möglich. M. stellte die Diagnose auf eingeklemmten Eierstocksbruch und machte die Herniotomie. Nach Eröffnung des zarten Bruchsacks fand man neben einer geringen Menge klaren Bruchwassers als Inhalt desselben nicht nur das Ovarium, sondern die gesammten rechtsseitigen Adnexe. Der uterine Theil der Tube bildete zusammen mit dem Ligamentum latum den Stiel der Bruchgeschwulst, der unter stark spitzwinkliger Knickung den Leistenkanal durchsetzte und mehrmals um seine Achse gedreht war. Da sich die tiefschwarze Färbung hochgradigster hämorrhagischer Infarcirung der Gebilde nach Detorsion und Behebung der Knickung des Stiels nicht änderte, und die Lebensunfähigkeit der infarcirten Theile außer Frage stand, exstirpirte M. die Adnexe nach Unterbindung des Stiels, resecirte den Bruchsack und schloss die Hautwunde.

Das Erbrechen hörte sofort nach der Operation auf, und das Kind erholte sich rasch. **Gold** (Bielitz).

48) **Bogdanick.** Epiplocele dextra subacuta appendicitem simulans.

(Durante's Festschrift.)

Der 24jährige Kranke litt seit 3 Jahren an einem rechtsseitigen, leicht reponiblen Leistenbruch. Er erkrankte jetzt plötzlich mit Erbrechen, heftigen

Schmerzen in der Blinddarmgegend, Temperatursteigerung bis 38,9, Geschwulst in der Blinddarmgegend, über der die Haut geröthet ist, Verhaltung von Stuhl und Winden und häufigem Erbrechen. Bei der Operation fand sich nur eine adhäsive Entzündung des Wurmfortsatzes, dagegen ein mit dem Peritoneum parietale verwachsenes, degenerirtes, stark hypertrophirtes Netz, das außer anderen Darmverlöthungen auch solche mit dem Blinddarm zeigte. Ein bindfadenähnliches Stückchen Netz lag im Bruchsack. Der Wurmfortsatz war ganz in die Netzgeschwulst eingebettet. **Dreyer** (Köln).

49) **D. Morisani** (Genua). Über die zufälligen Verletzungen der Harnblase bei Operation der Inguinalhernien.

(Sep.-Abdr. aus der Clinica chirurgia 1897. No. 7.)

Zu den bisher bekannt gewordenen Fällen von Blasenverletzung bei Operationen des Leistenbruchs fügt Verf. einen neuen (28.) hinzu. Wie aus den betreffenden Beobachtungen hervorgeht, ist die Diagnose einer inguinalen Cystocele in vielen Fällen weder vor der Operation, noch auch während derselben mit Sicherheit zu stellen; weder die Fettanhäufung im Bereich des Bruchsacks (Lipocele), noch die Gegenwart kleiner cystischer Hygrome ist als charakteristisch hierfür anzusehen. In dem eigenen Falle des Verf. handelte es sich um einen 42jährigen Mann mit rechtsseitigem, faustgroßem Leistenbruch; derselbe wurde in typischer Weise nach Bassini operirt, wobei der Bruchsack sorgfältig isolirt und möglichst hoch oben abgebunden wurde. In der Erwartung einer 2. Hernie wurde auch die linke Leistengegend eröffnet; es fand sich jedoch hier nur ein reines Lipom (Lipocele). Der weitere Verlauf gestaltete sich folgendermaßen: Schon am Operationstage trat blutiger Urin auf. Verf. glaubte zunächst den Verdacht einer Blasenverletzung nicht begründet und ließ Eis auflegen. Am folgenden Tage: Entfernung einiger Nähte, Eröffnung der Wunde, feuchter Verband. Am 2. Tage, als alle Nähte entfernt waren, wurde die rechtsseitige Blasenverletzung konstatirt. Es wurde Tamponade und Drainage angewandt und, als Fieber hinzutrat, die Epicystotomie unter Annähung der Blase an die Bauchwand ausgeführt. Trotzdem starb Pat. (3 Tage nach der Bruchoperation).

Die Autopsie bestätigte die Verletzung der rechtsseitigen Blasenwand; die Ränder der Blasenwunde waren, eben so wie das benachbarte Zellgewebe, im Zustand der Gangrän; Blasenschleimhaut intensiv geröthet. Die Blasenwand war mit dem Rest des Bauchfelltrichters verwachsen; doch war der Bruchsackhals isolirt unterbunden, und die Ligatur enthielt anscheinend nichts von der Blasenwand. Da die Ablösung des Bruchsacks stumpf vorgenommen wurde, so glaubt Verf. eine instrumentelle Blasenverletzung ausschließen zu können; er vermuthet, dass die Blasenwand an der betreffenden Stelle stark verdünnt war, und dass ein sehr kleiner Theil derselben durch die Ligatur abgeschnürt wurde. Die im beschriebenen Falle beobachtete Hämaturie will Verf. nicht sowohl auf die Blasenverletzung, als vielmehr auf eine Art von Hämophilie (sog. Cachexia haemorrhagica) zurückführen (ob mit Recht, ist doch wohl sehr zweifelhaft). Die Prognose derartiger Blasenverletzungen ist übrigens, wie Verf. aus der Litteratur nachweist, keineswegs eine ganz ungünstige, da öfters spontane Heilung eintritt; die Mortalität soll etwa 30% betragen. **H. Bartsch** (Heidelberg).

50) **F. W. Duchanin.** Fall von Sarkom des Dünndarmgekröses.

(Chirurgia 1898. p. 417. [Russisch.])

Verf. fürchtete, dass nach Entfernung der kindskopfgroßen Geschwulst, wodurch eine ziemlich erhebliche Lücke im Gekröse entstanden war (am Darm 1 cm lang), eine Darmgangrän auftreten würde. Es trat aber trotzdem gute Heilung ein. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. Sonnabend, den 21. Januar. 1899.

Ein neues Verfahren für die Radikaloperation der Leistenbrüche ohne verlorene Fäden.

Von

Prof. Dr. **Thomas Jonnescu** in Bukarest.

Unbestritten sind die Unzulänglichkeiten der Dauerfäden in der Radikaloperation der Leistenbrüche, und viele Chirurgen streben danach, die verlorenen Fäden durch temporäre zu ersetzen.

Ich war einer der Ersten, die nach einem Operationsverfahren geforscht haben, bei dem die verlorenen Fäden durch zeitweilige

ersetzt wurden; auf dem Kongress zu Moskau, im August 1897, habe ich über dieses Verfahren Mittheilung gemacht[1].

Andere Chirurgen haben es ebenfalls versucht, die verlorenen Fäden zu beseitigen; wie Poullet aus Lyon, der sie durch eine Sehne des M. rect. ant. des Schenkels ersetzt. Auch de Fontaine[2] hat 1887 ein Verfahren mit temporären Fäden angegeben.

Duplay und Cazin haben das zur Genüge bekannte Verfahren angegeben[3], bei dem der Bruchsack verödet, der Bruchsackzipfel gespalten wird und die beiden Hälften mit einander verknotet werden; der Kanal selbst wird mit temporären Silberfäden verschlossen. Von diesem abgeleitet ist das Verfahren Faure's[4], das er auf dem letzten Pariser Kongress beschrieben hat, darin bestehend, dass der verödete gespaltene Bruchsack Doppelfäden abgiebt, die abwechselnd durch die beiden Lippen der Aponeurose des durchgeschnittenen M. obliq. ext. hindurchgeleitet werden; mittels der Zipfel des gespaltenen Bruchsacks werden Bruchkanal und Peritoneum geschlossen.

Am 26. Januar 1897 hat Villard der medicinisch-chirurgischen Vereinigung zu Bordeaux einen Fall mitgetheilt, in dem der Verschluss des Kanals durch temporäre Fäden gemacht worden ist, die von oben nach unten folgenden Weg nahmen: Haut, Unterhautzellgewebe, Aponeurose der Mm. obliq. maj., min. und transvers., dann das Lig. Pouparti, Zellgewebe und die Haut der entgegengesetzten Wundlippe. Dieses Verfahren, von Villard mehrmals wiederholt, ist auf dem letzten Pariser chirurgischen Kongress von demselben geschildert worden, am 22. Oktober 1897.

Während desselben Zeitraums haben Gigli und G. Baroni, die Assistenten des Prof. del Greco in Florenz, versucht, die Methode Bassini's mit tiefen, abnehmbaren Nähten auszuführen; sie haben das Resultat erreicht, indem sie sich der Achternähte bedienten, die von einigen Chirurgen zum Verschluss der Bauchwand nach Laparotomien benutzt werden[5].

Duplay und Cazin haben endlich ein Verfahren angegeben[6], das die Methode Bassini's mit abnehmbaren Silberfäden darstellt. Nachdem der Bruchsack durch das Verknoten der aus seiner Spaltung hervorgegangenen Streifen oblitterirt worden, wird die tiefe Wand des Leistenkanals derart wieder hergestellt, dass drei Fadenschlingen durch die untere Lippe der Hautwunde, Zellgewebe, Lig. Pouparti und Verbindungssehne (tendon conjoint), so geführt werden, dass sie die Verbindungssehne gegen das Poupart'sche Band anlagern. Die vordere Wand enthält also die Mm. transv., obliqu. int. der anderen Seite, die Aponeurose des M. obliq. ext., das Zellgewebe und die Haut der entgegengesetzen Seite.

---

[1] Semaine méd. 1897. p. 335.
[2] Arch. prov. de chir. 1897. Februar 1. No. 2. p. 80.
[3] Semaine méd. 1896. p. 453; dieses Centralblatt 1897. p. 323.
[4] Presse méd. 1898. Januar 26.
[5] Settimana med. della sperimentale 1897. Oktober 16.
[6] Semaine méd. 1898. December 22.

Das sind in Kürze die verschiedenen Verfahren zur Radikalbehandlung der Leistenbrüche mittels temporärer Fäden.

Das erste von mir am 11. Februar 1897 angewandte Verfahren ist ausführlich beschrieben und abgebildet in der Inauguraldissertation meines Schülers Leon Henic, in meiner Revue[7] und in der von mir auf dem Moskauer Kongress im August 1897 gemachten Mittheilung. Das Verfahren besteht aus folgenden Abschnitten:

1) Incision der Bauchwand;

2) Lösung der vorderen Leistenwand und der Mm. obliq. int. und transvers.

3) Isolirung und Resektion des Bruchsacks, indem der peritoneale Stumpf mittels zwei über einander gelagerter langer Pincetten, die $^1/_2$ cm von einander entfernt sind, gefasst wird, während die tiefe Klammer dazu bestimmt ist, das Peritoneum während der Operation zu schließen.

4) Durchleiten der Fäden.

Bei den ersten Operationen benutzte ich zu diesem Zweck dicke doppelte Seidenfäden, später Setolin und schließlich Silberfäden. Ich blieb bei den Silberfäden, weil sie aseptischer sind als alle anderen. Die Fäden wurden in folgender Weise durchgeleitet: An dem äußeren Ende der Wunde beginnend, wurde die krumme Emmet'sche Nadel an der unteren Lippe durchgeleitet, in einer Entfernung von 3 cm vom freien Rande, durch Oberhaut, Lig. Pouparti, durch die vereinigten Mm. obliq. int. und transvers., oberhalb des Peritoneums, der Fascia transversa und des Stranges durch die obere Wundlippe dieselben muskulösen und aponeurotischen Schichten durchdringend, um an der entgegengesetzten Wundlippe zu erscheinen, gleichfalls 3 cm vom freien Ende entfernt. Die Nadel ist mit einem Ende des Silberfadens versehen, der mit ihr dieselben Schichten passirt hat, so dass das Drahtende auf die Haut der unteren Wundlippe gelangt.

2 cm nach innen wird die Nadel von Neuem in derselben Weise hindurchgeleitet, und zwar von der unteren zur oberen Wundlippe, wo sie mit dem zweiten Ende des Silberdrahts versehen wird. Dieses Ende wird nun zur unteren Lippe zurückgeführt, indem es dieselben Schichten passirt wie das andere Ende. So ist der erste Faden in der Form eines U gebildet, dessen Schlinge auf der oberen Wundlippe und dessen Ende frei auf der Haut der unteren Wundlippe bleiben.

In dieser Weise werden 3 gleichweite Schlingen durchgeführt, die einen vollständigen Schluss der Wundlippe in der ganzen Schnittlänge gestatten. Die beiden Fäden der zweiten Schlinge werden in der Höhe des Randes des durchschnittenen Bruchsacks, zwischen den beiden Pincetten und durch die beiden Peritoneallippen durchgeführt, so dass Serosa gegen Serosa gefügt und das Peritoneum ge-

[7] Revista de Chirurgie Bd. I. No. 6. p. 241.

schlossen wird. In der Höhe der dritten Schlinge, wo die untere Lippe ohne die Mm. obliq. int. und transvers. ist, werden die Fäden nur durch die Haut und das Fallopi'sche Band oder durch die äußere Leiste des oberflächlichen Inguinalrings durchgeführt. In derselben Höhe finden wir an der oberen Lippe die Verbindungssehne, die innere Leiste und die Sehne des M. rect. abd., die die Fäden passiren. Gegen die Schamgegend wird der letzte Faden in einer Entfernung durchgeführt, die so berechnet ist, dass ein ausreichendes, aber passendes Orificium für den freien Durchtritt des Samenstrangs übrig bleibt — ein Orificium, das nach unten vom Poupart'schen Band und der äußeren Leistensäule, nach oben von der Verbindungssehne, der Sehne des M. rect. abd. und der inneren Leistensäule und nach innen von der Pubisoberfläche begrenzt ist.

So werden alle Fäden oberhalb des Samenstrangs durchgeführt, der so subperitoneal wird, entsprechend dem von mir angegebenen Verfahren für den Schluss des Leistenkanals mit verlorenen Fäden [8]; denn der normale Leistenkanal verschwindet, nachdem die Fäden angezogen worden.

Im 5. Zeitabschnitt werden die Fäden angezogen und die Wunde geschlossen. Zu diesem Zweck werden in jede Schlinge der 3 U-förmigen Fäden je ein sterilisirter Gazewickel gesteckt, die Spitzen jedes Fadens werden kräftig angezogen, damit die Hautlippen ordentlich an einander gelegt werden; beide Enden werden gekreuzt um einen sterilisirten Gazewickel, einander genähert und zusammengedreht. Die tiefe Klammer, die den Sack verschloss, wird nur dann zurückgezogen, wenn der zweite Faden, der die serösen Lippen passirt, so stark zusammengezogen ist, dass diese Lippen an einander kleben, um so die Möglichkeit, eine Darmschlinge in die Bruchöffnung vorfallen zu lassen, auszuschließen, das ja eine Strangulation des Darmes zu Stande kommen ließe im Augenblick wo die Fäden angezogen würden.

Die Hautwunde wird durch vier feine Silberfäden geschlossen.

Nach 12—14 Tagen werden die Fäden entfernt, und während dieses Zeitraums kann eine genügend feste Narbe gebildet sein, selbst da, wo der umfangreiche Bruch eine große Incision verlangte, und wo die Bauchdecken einen geringen Widerstand boten.

Dieses Verfahren habe ich 16mal angewendet, die Resultate waren zufriedenstellend, und habe ich bis heute keinen Rückfall zu verzeichnen. Trotzdem habe ich letzthin eine wichtige Abänderung vorgenommen, durch die ich sicherlich eine vollkommenere Anpassung der verschiedenen die Leistengegend bildenden Schichten erziele und folglich auch eine festere Narbe. Das Verfahren, am 17. Januar 1898 zum 1. Mal angewandt, ist folgendes:

Incision der Bauchwand, Lösung der vorderen Leistenwand und der Mm. obliq. int. und transvers., Isolirung

---

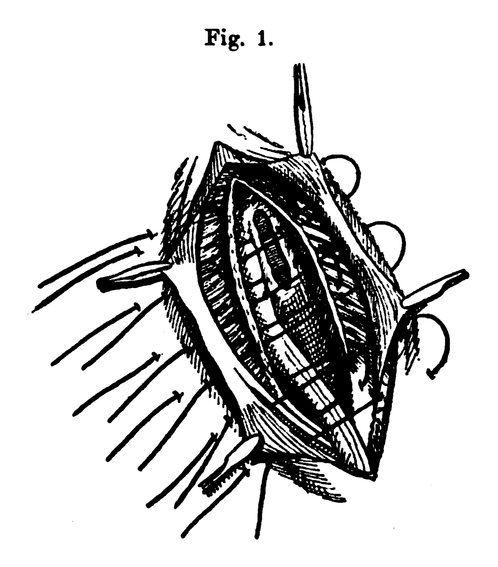
[8] S. dieses Centralblatt 1897. No. 12.

und Resektion des Bruchsacks werden genau so vollzogen wie in dem vorhin geschilderten Verfahren.

Der 4. Zeitabschnitt, das Durchleiten der Fäden, zerfällt in zwei Theile, jeder umfasst eine U-förmige Etagennaht, während sie in 2 Flächen zerfallen, eine tiefe und eine oberflächliche.

Die tiefe Fläche wird folgendermaßen gebildet: An dem unteren Wundende beginnend, an der unteren Lippe, wird die Emmet'sche Nadel stufenweise durch die Haut — 3—4 cm vom freien Rande entfernt — geführt, unter dem Fallopi'schen Ligament, durch die untere Lippe der vereinigten Mm. obliq. int. und transvers., dringt oberhalb des Peritoneums und der Fascia transvers. und durch die obere Lippe der vereinigten Mm. obliq. min. und transvers., 1 cm unterhalb ihres freien Randes; hier wird die Nadel von Neuem mit einem Silberfaden mittlerer Dicke versehen, dessen Ende mittels der Nadel auf die Haut der unteren Wundlippe gebracht wird, um dadurch eine Klemme (Pincette de forcipressure) festgehalten zu werden. — $1^1/_2$ cm nach innen wird die Emmet'sche Nadel von Neuem durch dieselben Schichten geführt, bis zur oberen Lippe der vereinigten Mm. obliq. int. und transvers., wo sie mit dem 2. Silberfaden bewaffnet wird. Dieser wird, auf die Haut der unteren Lippe gebracht, mit derselben Pincette wie der vorige gefasst. So leiten wir den 1. tiefen U-förmigen Faden durch, dessen Schlinge die obere Lippe der vereinigten Mm. obliquus int. und transvers. umfasst, und dessen freie Enden sich auf der Haut der unteren Wundlippe befinden. In derselben Weise werden zwei andere U-förmige Fäden durchgeführt, je ca. 2 cm von einander entfernt. Der 2. Faden wird auch durch die beiden Lippen des Bruchsacks durchgeführt, wie in dem zuerst geschilderten Verfahren. In der Höhe des 2. und 3. Fadens, oder auch nur des 3., wie es eben die Fälle erfordern, wo die untere Wundlippe der Mm. obliq. int. und transvers. ermangeln, wird der Faden nur durch die Haut und das Fallopi'sche Band und an der oberen Lippe durch die Verbindungssehne geführt (s. Fig. 1).

Fig. 1.



Die 2. Fadenfläche wird in folgender Art gelagert: An dem oberen Ende der Wunde beginnend, an der unteren Lippe, wird die Emmet'sche Nadel 1 cm oberhalb der tiefen Fadenfläche durch Haut, Oberhaut, die Aponeurose des M. obliq. ext., die untere Lippe

der vereinigten Mm. obliq. int. und transvers., die obere Lippe dieser Muskel, durch die Aponeurose des M. obliq. ext. hindurchgeführt, so dass sie auf der Haut der oberen Wundlippe erscheint, 3 cm vom freien Rande entfernt. Die Nadel wird mit einem Silberfaden mittlerer Dicke versehen, dessen Ende in derselben Weise auf die Haut der unteren Lippe gebracht ist, und etwa 2 cm weit wird die Nadel durch die untere und obere Wundlippe durchgeführt, wo sie mit dem 2. Ende des Fadens versehen wird, der ebenfalls auf die Haut der unteren Lippe gebracht wird. So wird der 1. U-förmige Faden geführt, dessen Schlinge sich auf der Haut der oberen Wundlippe und dessen Enden sich auf der Haut der unteren Wundlippe befinden.

In derselben Weise, 2 cm von einander entfernt, werden zwei andere U-förmige Fäden durchgeführt. Der 2. Faden wird nicht, wie der entsprechende Faden der tiefen Schicht, durch die Lippen des Bruchsacks durchgeführt, sondern bleibt darüber. Der 3. Faden wird durch die beiden Leisten des oberflächlichen Inguinalrings durchgeleitet (s. Fig. 2).

Fig. 2.

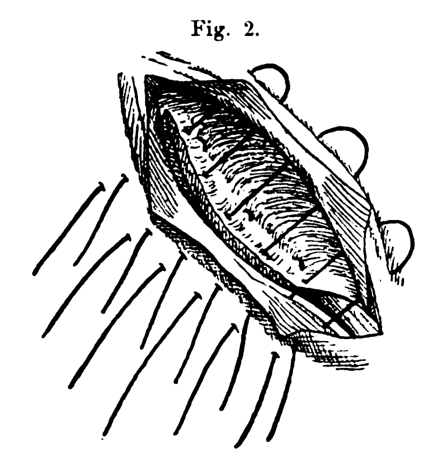
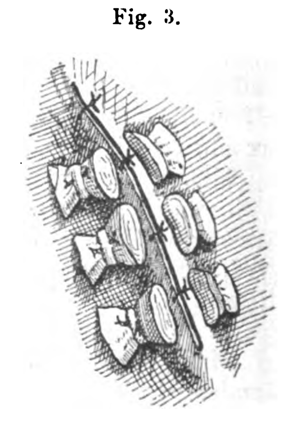


Fig. 3.



Dank dieser Art der Fadenleitung befinden wir uns vor zwei Nahtflächen, einer tiefen, die die obere Lippe der vereinigten Mm. obliq. int. und transvers. und der Verbindungssehne gegen die untere Lippe dieser Muskeln und das Poupart'sche Band fügt, indem sie gleichzeitig die Peritoneallippen einander nähert. Der Samenstrang liegt unter der so gebildeten muskulären Wand, das tiefe Orificium des Inguinalkanals ist aufgehoben, da der Samenstrang aus dem Abdomen durch ein kleineres Orificium in den Sack gelangt, ein kleines Orificium, das neben dem Schambein gelassen ist, nach oben und innen von der Verbindungssehne, nach unten und außen vom Ligamentum Pouparti und nach innen von der Pubisoberfläche begrenzt ist.

Durch die 2. Nahtfläche, die mit der vorigen verbunden ist — denn die verfolgen in ihrem Verlauf auch die Lippen der vereinigten

Mm. obliq. int. und transv. — werden an einander gefügt sowohl diese Muskeln wie die beiden Lippen der Aponeurose der M. obliq. ext. in der ganzen Ausdehnung des Leistenkanals, ausgenommen ein kleines Orificium, weder zu eng noch zu weit, in der Höhe der Pubis gelagert, entsprechend dem von der tiefen Nahtfläche gebildeten, und von den beiden Leisten des oberflächlichen Inguinalrings umringt.

Wenn man die tiefen Fäden durchleitet, sind Zufälle möglich, die man im Voraus kennen muss, um ihnen aus dem Wege zu gehen. Die Nadel kann verschiedene wichtige Blutgefäße verletzen und so Blutungen verursachen, von geringem oder größerem Umfang, was aber verhütet werden kann, wenn des Operateurs Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird.

Es muss in erster Reihe darauf Gewicht gelegt werden, dass jede Fläche, die mit der Nadel angefasst wird, von der darunter liegenden gut isolirt sei. Nachdem die Aponeurose des M. obliq. ext. gespalten ist — die Spaltung geschieht auf dem Zeigefinger, der in den Inguinalkanal gebracht wird und nun die Aponeurose hebt — werden die beiden Lippen der Aponeurose mit 4 Pincetten gefasst, je eine an jedem Ende. Mittels einer Hohlsonde wird die tiefe Fläche der Aponeurose in der ganzen Ausdehnung des Schnittes von den darunter gelagerten Muskeln getrennt, so dass man die Schenkelbeuge in der ganzen Ausdehnung des Leistenkanals frei zu Gesicht bekommt; auf der oberen Lippe wird die Verbindungssehne frei und sichtbar gemacht. Die tiefe Muskelschicht wird ebenfalls auf dem Zeigefinger, der unter den vereinigten Mm. obliq. int. und transvers. eingeführt ist, durchschnitten, und die aus diesem Schnitt hervorgegangenen Lippen werden nach einander von Pincetten gefasst, um das Zurückziehen der Muskeln, namentlich der oberen Lippe, zu verhindern. — Die beiden oberen Lippen werden ebenfalls mittels der Hohlsonde von der Fascia transvers. prof. und den epigastrischen Gefäßen des äußeren Endes der Wunde gelöst. Nachdem der Bruchsack geöffnet und resecirt worden, werden an die Öffnung des Peritoneums zwei lange Pincetten gelegt, wie im ersten Verfahren. Während des Durchleitens der Nadel zum Anfügen der tiefen Fläche zur Naht muss der Operateur, um die manchmal oberflächlichen Femoralgefäße oder die epigastrischen Gefäße oder gar die Vena circumflexa ant. nicht zu verletzen, mit dem Zeigefinger unter das Poupart-sche Band dringen, die Nadel schichtweise führen, unter Leitung des Zeigefingers, der auch gleichzeitig die Fascia transvers. und die epigastrischen Gefäße schützt, wenn die Nadel von der unteren Wundlippe zur oberen Lippe der vereinigten Mm. obliq. int. und transvers. vordringt.

Der 5. Zeitabschnitt, Anziehen der Fäden und Schluss der Wunde. Dieser Abschnitt beginnt mit den Fäden der tiefen *Fläche*; die freien Enden dieser Fäden werden ohne Gewaltsamkeit angezogen, um die tiefen Muskellippen einander zu nähern, und

werden dann um einen sterilisirten Gazewickel gedreht, der einen etwas größeren Durchmesser hat, als der Raum der beiden U-förmigen Fäden. Der 2. Faden, der gleichzeitig das Peritoneum verschließt, wird vor der Abnahme der tiefen Pincette, die den Verschluss der Serosa zu Stande bringt, angezogen und schützt so vor dem Eindringen einer Darmschlinge zwischen den beiden Lippen des Orificium, so dass kein Darm bei dem Schluss der tiefen Fläche eingeklemmt wird.

Nachdem wir uns eines vollständigen Aneinanderschlusses der oberen Muskellippe an die untere Lippe und das Poupart'sche Band so wie auch der genügenden Weite der für den Samenstrang reservirten Öffnung versichert haben, werden die Fäden der oberen Fläche angezogen. Zu diesem Zweck werden in jede Schlinge der U-förmigen Fäden je ein sterilisirter Gazewickel eingefügt, während die freien Enden eines jeden Fadens kräftig angezogen werden, um so einen sicheren Schluss der Wundlippen zu veranlassen; diese Enden werden dann wieder auf demselben Wickel vereinigt, auf dem schon die Fäden der entsprechenden tiefen Fläche befestigt worden sind, in einer beiläufigen Entfernung von je 1 cm.

Die Hautwunde wird durch 4 unterbrochene Nähte geschlossen. Die oberflächlichen Fäden werden am 8. oder 10. Tage abgenommen, indem das eine Ende des Fadens in der Höhe der auf die untere Lippe befestigten Gazewickel durchschnitten, während am anderen Ende gezogen wird. Gleichzeitig werden die Hautnähte entfernt. Die Fäden der tiefen Fläche werden am 14. oder 15. Tag entfernt, indem ein Ende des Fadens in der Höhe der Gazewickel durchgeschnitten und am anderen Ende gezogen wird. Die tiefe Fadenfläche muss länger belassen werden als die oberflächliche, da sie die Bildung der tiefen Schicht der Bauchwand in der Gegend der Leiste unterstützt, eine Schicht, die ja den Hauptwiderstand gegen das Nachlassen der Bauchwand bilden soll. Gleichzeitig versichert das längere Verweilen dieser tiefen Fäden die Bildung einer festen oberflächlichen Narbe, indem die oberen Schichten dem Druck nicht ausgesetzt sind.

Um ein vollständiges Gelingen dieser Operation zu erzielen, sind noch folgende Details genau zu berücksichtigen. So muss jeder U-förmige tiefe Faden in seine Schlinge je $1—1\frac{1}{2}$ cm schließen, damit die Muskellippen nicht nur punktförmig, sondern auf größere Flächen an einander gefügt werden. Aus demselben Grunde muss man namentlich für diese Schicht dicke Silberfäden benutzen, die die Gewebe nicht durchschneiden und den ziemlich kräftigen Zug beim Wundschluss aushalten. Es muss gleichfalls darauf geachtet werden, dass die Gazewickel, die das Aneinanderkleben der Oberfläche vermitteln sollen, wenigstens einen der Entfernung der beiden Drahtenden entsprechenden Durchmesser haben sollen — die Entfernung selbst ist gleich der Dicke des von der Schlinge umfassten Gewebes.

Dieses Verfahren hat folgende Vortheile vor den anderen Verfahren zur Radikaloperation der Leistenhernien:

1) Die Beseitigung des Inguinalkanals.

2) Die Beseitigung der verlorenen Fäden.

Die Beseitigung des Inguinalkanals bietet zweifellos Sicherheit gegenüber einem möglichen Recidiv; denn das Fortbestehen des Inguinalkanals bei Leuten, die zu Brüchen veranlagt sind, wird immer einen Punkt verminderter Resistenz bilden, wo der Bruch wiederkehren könnte, selbst wenn wir die Wände sowohl in der Tiefe wie auch an der Oberfläche noch so sehr befestigen. Er wird ersetzt durch eine einzige Schicht fester Narbe. Das Orificium, wo der subperitoneal gelegene Samenstrang in den Hodensack hinabsteigt, befindet sich in der Gegend der Pubis, also an einem den Brüchen sehr wenig günstigen Punkt.

Die Fixirung des Peritonealstumpfs in der Bauchnarbe kann keine Prädisposition für das Wiedererscheinen des Bruches bilden, da das Peritoneum in dieser Gegend einem festen Punkt der Bauchwand entspricht, nicht einem schwachen Punkt, wie in anderen Verfahren, wo der Inguinalkanal beibehalten wird, um so mehr, da die Fixirung des Peritoneums weit vom Durchtritt des Samenstrangs, am äußeren Ende der Narbe stattfindet.

Der vollständige Schluss des Inguinalkanals hat noch den Vortheil, die häufigen Scrotalhämatome zu beseitigen, wie sie beim Bassini'schen Verfahren so oft vorkommen, da die große Enge des Inguinalkanals die Kompression des Samenstrangs und die nachfolgenden Hämatome verursacht.

Die Beseitigung der Dauerfäden ist ein zweifelloser Vorzug des von mir beschriebenen Verfahrens. Die Wichtigkeit dieser Thatsache wird dadurch bestätigt, dass es heute das Bestreben vieler Chirurgen ist, die Dauerfäden durch zeitweilige zu ersetzen. — Und in der That ist nichts entmuthigender, als nach gelungener und gut verlaufener Operation festzustellen, dass die Elimination der Dauerfäden Zufälle veranlasst, die schwere Folgen haben können und die Wirksamkeit der Operation in Frage stellen. Denn wir dürfen nicht vergessen, dass die Radikaloperation der Hernien mehr eine plastische als eine nothwendige Operation ist, und als solche muss sie nicht nur gutartig, sondern auch wirklich radikal sein.

---

1) **Schumburg.** Über die Art der Bildung von Zersetzungsprodukten des Chloroforms bei Gaslicht.

(Hygienische Rundschau 1898. No. 19.)

Die in dem hygienisch-chemischen Laboratorium der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen ausgeführten Untersuchungen ergaben, dass das aus den Chloroformdämpfen bei Erhitzung in der Leuchtgasflamme gebildete, auf Schleimhäute örtlich reizende Phosgen in Salzsäure und Kohlenoxyd zerfällt, wenn es ins Blut aufgenommen ist. Es resultirt sonach daraus eine Kohlenoxydvergiftung, die unter Umständen zum Tode führt.

Diese Phosgenbildung tritt dann besonders leicht in die Erscheinung, wenn die Gasflammen sich nicht sehr hoch über dem Ausgangspunkt der Chloroformdämpfe befinden; die Neigung der specifisch schweren Chloroformdämpfe, nach oben zu steigen, ist eine geringe.

Verf. fordert daher, wo möglich, das Gaslicht in Operationssälen durch elektrische Beleuchtung zu ersetzen, oder wenigstens statt offener Gasflammen sogenannte Sonnenbrenner zu verwenden, welche die Verbrennungsgase — somit auch etwa gebildetes Phosgen — vollständig und sofort abführen. Oder schließlich sind die offenen Gasflammen, falls man nothwendigerweise sich mit ihnen behelfen muss, möglichst hoch über dem Operationstisch anzubringen, und der Ausfall an Licht ist durch größere Zahl der Flammen und gute Reflektoren zu ersetzen. Eine Ventilation im letzten Falle würde die specifisch schweren Chloroformdämpfe am Boden oder in Mannshöhe abzusaugen haben. **Hübener** (Breslau).

---

2) **F. Klaussner** (München.) Über Orthoform und »Orthoform neu«.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 42.)

Das mit dem wenig empfehlenswerthen Namen des »Orthoform neu« belegte Präparat, ein m.-amido-p.-oxybenzoësäuremethylester, zeichnet sich dadurch aus, dass es ein wesentlich billigeres, gleichmäßig feines, weißeres und sich weniger zusammenballendes Pulver als das alte Orthoform darstellt und dabei von derselben Wirksamkeit wie letzteres ist. Im weiteren stellt K. die günstigen Erfahrungen zusammen, die bisher auf den verschiedensten Gebieten der Medicin mit dem alten Orthoform gemacht worden sind: Bei den Vorzügen des neuen wird nun hoffentlich das alte Orthoform bald aus dem Handel verschwinden und das billigere Präparat ohne den Zusatz »neu« allein verwendet werden. (Ref.) **Kramer** (Glogau).

---

3) **Scherrer.** A new method of preparing silk ligatures.

(Philadelphia med. journ.)

Die Seide wird auf ein Glasbrett gewickelt und 5 Minuten in einer Sodalösung gekocht, worauf eine 2stündige Auswaschung der Seide in fließendem Wasser erfolgt. Dann wird das Material in einer starken (10%igen) Höllensteinlösung gekocht und darauf noch einmal in eine kochende Sodalösung getaucht. Hierdurch entsteht ein metallischer Silberniederschlag auf die Seide, welche sich braun färbt. Dann wird die Seide noch einmal gründlich ausgewaschen und getrocknet und wird dann zum Nähen oder Unterbinden verwandt.

Benecke (Hamburg).



4) **Boise.** The post operative use of intravenous saline injections.

(Med. news 1898. September 10.)

Die Gefahren, welche das Leben des Kranken nach der Operation gefährden, sind Blutung, Shock, Sepsis, Urämie und Darmverlegung. Das vorzüglichste Mittel, um allen diesen Gefahren zu begegnen, ist die intravenöse Injektion von heißer Kochsalzlösung. Dieselbe ist erheblich wirksamer und eben so gefahrlos als die subkutane, intramuskuläre oder rectale Injektion. Sie füllt das Gefäßsystem bedeutend schneller und wirkt stark erregend auf den Herzmuskel, da sie den Herz- und Arterienganglien direkt Wärme zuführt. Die Lösung muss nur stets so heiß genommen werden, als die Gewebe irgend wie vertragen, das ist 115—120° F. oder etwa 51° C. Kommt der Kranke in sehr erschöpftem Zustand zur Operation, so soll nur eine ausgiebige Injektion zu Beginn der Operation gleich nach Eintritt der Narkose vorgenommen werden. Sie erleichtert die Ausführung der Narkose und mildert den Shock der Operation. Letzterer wird, auch wenn er nicht durch Blutverlust bedingt ist, erheblich gemildert. Beim Shock sind Herz und Arterien in Folge krampfartiger Zusammenziehung des Herzens fast leer. Die Wärme der Salzlösung wirkt direkt krampflindernd auf den Herzmuskel, und die normale Blutcirkulation wird wieder hergestellt.

Eben so wirksam sind die Injektionen bei der Sepsis, vorausgesetzt, dass sie frühzeitig gegeben werden. Beim Ileus werden die aus dem Darm in den Körper aufgenommenen Toxine schneller entfernt, und ferner wird der durch das Erbrechen entstehende Wasserverlust ersetzt. Nierenerkrankung, Lungenödem oder Anasarka bilden keine Gegenanzeige für die Anwendung der Injektionen.

Strauch (Braunschweig).

---

5) **Thiem** (Kottbus). Über Störungen der Harnbeschaffenheit bei Unfallverletzten, insbesondere über Eiweißharnen nach Kopfverletzungen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 10.)

Um die schwierige Frage sicher entscheiden zu können, ob nach einem Trauma im Harn gefundenes Eiweiß oder Zucker schon vor dem Trauma bestanden habe, ist es nothwendig, jedem Verletzten sofort nach dem Unfall, eventuell mit Katheter, Harn zu entnehmen und zu untersuchen. Für das nach Hirnverletzungen sehr selten exakt beobachtete Eiweißharnen bringt Verf. zwei einwandsfreie Beispiele. An der Hand eines 3., zweifelhaften Falles weist er nochmals die Nothwendigkeit der sofortigen Harnuntersuchung nach.

Teubner (Hannover).

---

*

6) **L. Merk.** Dermatoses albuminuricae.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 469. Festschrift für F. J. Pick.)

Unsere Kenntnis über die Beziehungen bestimmter Hautkrankheiten zu bestimmten inneren Krankheiten sind noch sehr gering, die hierüber in der Litteratur vorhandenen Angaben vielfach außerordentlich vage. Verf. hat den Versuch gemacht, diejenigen Hautaffektionen, welche mit chronisch bestehender Albuminurie — bei Nephritis und ungenügend kompensirten Herzfehlern — in Beziehung stehen, einer Besprechung zu unterziehen. Er glaubt, dass eine bestimmte Form von Ekzem zu diesen »Dermatoses albuminuricae« gehört; er charakterisirt diese Form als ein »streng umschriebenes, papulöses, chronisches Ekzem bei Personen vorgerückten Alters, das häufig seinen Sitz an den Unterschenkeln, seltener auch an anderen Körperstellen hat, sich durch intensives Jucken auszeichnet, jedem therapeutischen Versuch so gut wie vollständig widersteht, hingegen aber spontan unter Ausbildung von Pigment (meist einige Monate vor dem Tod) abheilen kann«; zum Beweis für die charakteristische Beschaffenheit dieses Ekzems giebt der Verf. einige Krankengeschichten; auf der anderen Seite hat er bei 9 Fällen von schwererem Ekzem den Urin ganz normal gefunden. In zweiter Linie bespricht M. auf Grund der Litteratur und einzelner eigener Erfahrungen den Pruritus, die Urticaria, das Erythem bei Albuminurie. Die Krankheitsbilder sind noch viel weniger charakteristisch als das beschriebene Ekzem; die Erytheme sind multiform — das Nodosum scheint bei Albuminurie noch nicht beobachtet zu sein. Die Albuminurie bei Purpura — auffallenderweise hat M. noch keine Purpura rheumatica ohne Nephritis gesehen — gehört eben so wenig zu den Dermatoses albuminuricae wie Scharlach. Furunkulose bei Nephritis hat der Verf. noch nicht beobachtet.

Der letzte Abschnitt der Arbeit ist der Besprechung des pathogenetischen Zusammenhangs zwischen Nieren- und Hautleiden gewidmet und ausschließlich kritisch und theoretisch. Irgend etwas Bestimmtes über diese Frage wissen wir noch nicht. — M. wendet sich gegen die vielfach zu weit getriebene Vergleichung der Funktionen der Niere und der Haut. — Über den Begriff der Autointoxikation kommen wir bei allen diesen Diskussionen vorläufig noch kaum hinaus.

Jadassohn (Bern).

---

7) **Gross** und **Kraus.** Bakteriologische Studien über den Gonococcus.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLV. Heft 3.)

Die vorliegende Arbeit enthält wesentlich Nachuntersuchungen und Ergänzungen zu den in den letzten Jahren mit großem Eifer betriebenen bakteriologisch-experimentellen Untersuchungen über den Gonococcus. Ich gebe hier nur die wesentlichen Resultate kurz wieder. Es ist den Verff. nicht gelungen, an der Conjunctiva neugeborener

Kaninchen durch Gonokokkenübertragung eine Blennorrhoe hervorzurufen, wie es nach den Versuchen Heller's möglich sein müsste. Es entstand zwar ein stärkerer, eitriger Katarrh, in dem aber Gonokokken nicht nachzuweisen waren, und der auch durch einfaches Vernähen der Augenlider und durch Einbringung von anderem Bacillenmaterial hervorgebracht werden konnte.

Durch Einbringung von lebenden Gonokokken in die Bauchhöhle von Mäusen und Meerschweinchen konnte der Tod herbeigeführt werden. Die Sektion der Thiere ergab meist ein negatives Resultat. Gonokokken konnten in ihnen nicht gefunden werden. Durch todte Gonokokkenleiber konnten Mäuse getödtet werden. Bei Menschen bewirkte ihre subkutane Injektion lokale und fieberhafte Allgemeinreaktionen; dagegen wirken Injektionen von Gonokokkenkulturfiltraten weder bei Menschen noch bei Thieren pathogen. Daraus ergiebt sich der auch schon von anderer Seite gezogene Schluss, dass die giftigen Bestandtheile der Gonokokken an den Bakterienleibern haften. Injektionen von lebenden und von abgetödteten Kulturen von Pyocyaneus, Bacterium coli und Staphylococcus albus ergeben eben so wie die von Schäffer bereits vorgenommenen Injektionen sterilisirter Gonokokkenkulturen vorübergehende eitrige Urethritis.

Aber auch die Kulturfiltrate dieser verschiedenen Bakterien hatten eine solche Entzündung zur Folge, so dass die Verff. eine specifische Wirkung der Gonokokkengifte in dieser Beziehung leugnen. Entgegen den von Schäffer erhaltenen Resultaten konnte ein entwicklungshemmender Einfluss lebender Pyocyaneuskulturen auf Gonokokken in der Platte eben so wenig wie in der gonorrhoisch erkrankten Harnröhre nachgewiesen werden. Dagegen konnten Verff. zeigen, dass auf 98° erhitzte Agarkulturen von Typhus, Cholera und Staphylokokken das Gonokokkenwachsthum hemmen.

Jadassohn (Bern).

---

8) J. Jadassohn. Über Immunität und Superinfektion bei chronischer Gonorrhoe.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 319. Festschrift für F. J. Pick.)

Als chronische Gonorrhoe sind jetzt nur solche Processe zu bezeichnen, in denen »wirklich noch Gonokokken vorhanden sind«; die »postgonorrhoischen Zustände« (»residuale Gonorrhoe« Sänger's) sind abseits zu stellen, eben so die immer wieder mit akuten Erscheinungen exacerbirenden Gonorrhoen. Es giebt nach der Erfahrung des Ref. — wenn auch nur selten — wirklich chronisch beginnende Gonorrhoen. Im eigentlichen Sinne latente Gonorrhoen kommen nur in der Inkubation und in Folge therapeutischer Maßnahmen vor. Von einer Verminderung der Virulenz der Gonokokken im Allgemeinen wissen wir eben so wenig etwas wie von angeborener Immunität der hoch disponirten Organe; bei den wenig disponirten aber (Scheide der Erwachsenen, Blase, Synovialmembranen etc.)

müssen wir eine individuell verschiedene Disposition annehmen. Eine Immunisirung des Organismus wie eine die Erkrankung überdauernde Organimmunität ist uns nicht bekannt. In chronisch gonorrhoisch erkrankten Schleimhäuten können die Gonokokken eine Änderung ihrer Virulenz für das erkrankte Organ eingehen; denn es giebt, wie Wertheim bewiesen hat, Schleimhäute, welche auf die in ihr vegetirenden Gonokokken nicht mehr, wohl aber auf fremde oder umgezüchtete mit akuter Entzündung reagiren. Chronisch gonorrhoische Schleimhäute können aber auch in Folge einer Vermehrung der eigenen Gonokokken wieder akut erkranken (Finger-Kwiatkowski). Von einer saprophytischen Existenz der Gonokokken wissen wir nichts; (wenn auch oft sehr geringe) entzündliche Symptome überdauern immer die Anwesenheit der Gonokokken. Eine wirkliche Zellimmunität hat Bumm nachgewiesen, als er fand, dass zwischen den normalen Cylinderzellen des chronisch gonorrhoisch erkrankten Uterus einzelne Herde geschichteten Pflasterepithels zu finden sind, und dass nur auf diesen die Gonokokken liegen.

Chronisch gonorrhoische Schleimhäute können nach Wertheim's bekanntem Experiment durch umgezüchtete Gonokokken in akute Entzündung versetzt werden — das hat auch Finger bestätigt. Nun hat aber J. einen Fall genau beobachten können, in dem ein an chronischem Tripper leidender Mann seine junge Frau mit akuter Gonorrhoe inficirte, ohne selbst von ihr akut superinficirt zu werden. Das widerspricht dem Wertheim'schen Experiment. Ref. hat desswegen die Gelegenheit benutzt, diesen Versuch zu wiederholen; unter 6 chronischen Trippern mit spärlichen Gonokokken reagirten 2 auf die Einbringung von fremdem Gonorrhoe-Eiter mit einer Steigerung der Entzündung, 4 aber blieben ganz frei von jeder Beeinflussung.

Es verhalten sich also dem äußeren Anschein nach gleiche chronische Gonorrhoen gegenüber Superinfektionen mit fremden (oder umgezüchteten) Gonokokken verschieden, sie zeigen sich bald immun dagegen, bald reagiren sie darauf mit akuter Entzündung. Wir wissen sonst von der Möglichkeit von Superinfektionen und von der Immunität gegen solche kaum etwas; desswegen sind diese Fakta, deren Erklärung allerdings noch nicht möglich ist, bei der Gonorrhoe sehr bemerkenswerth. **Jadassohn** (Bern).

---

9) **H. G. Klotz.** The practical use of the endoscope.

(Journ. of cut. and genito-urin. diseases 1898. No. 7.)

In einem sehr lesenswerthen Vortrag über den Werth der Endoskopie für die Behandlung chronischer Urethritis kommt Verf. zu dem Schluss, dass weder die enthusiastischen Lobpreisungen, noch auch die völlige Ablehnung der endoskopischen Methoden berechtigt sind. Die Wirkungen der Endoskopie, so weit die Behandlung in Frage kommt, sind keineswegs magische, und letztere stellt fast immer große Ansprüche an die Geduld aller Betheiligten. Es ist

darum sehr zu empfehlen, nicht zu viel zu versprechen, speciell hinsichtlich der Zeitdauer der Behandlung. Diejenigen, welche das ganze Elend des chronischen Trippers zu würdigen wissen, werden gewiss dem Verf. beipflichten, wenn er sagt, dass, wenn auch nur eine kleine Anzahl von Fällen durch die endoskopische Behandlung wirklich geheilt werden, dieselbe ihre volle Berechtigung hat. Auch der moralische Effekt ist nicht zu unterschätzen; das Rationelle und Direkte an der Methode imponirt den Kranken und hebt ihren Muth und ihr Vertrauen. Diese moralische Wirkung ist oft von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Möglichkeit einer Fortführung der Therapie. Trotz alledem dürfte das Feld der endoskopischen Behandlung ein begrenztes sein, wenn auch vielleicht weniger begrenzt als viele Gegner glauben. Der Werth des Endoskops zu diagnostischen Zwecken ist zweifellos. **Kopp** (München).

---

10) **S. Róna.** Über Symptome der Urethritis totalis.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 141. Festschrift für F. J. Pick.)

Es giebt in der Klinik der Urethritis gonorrhoica des Mannes noch immer einzelne nicht sicher entschiedene Fragen. Aus den zahlreichen Untersuchungen R.'s hat sich Folgendes als wesentlich zu erwähnen ergeben: Von 160 Fällen von akuter Urethritis war in 26 der Process auf die Urethra anterior beschränkt; 22 hatten eine Urethritis posterior mit klarer 2. Urinportion (Blase sicher gesund: Urethritis prostatica Zeissl's), 112 Urethritis posterior mit trüber 2. Urinportion (die 3. Gruppe ist bei R. größer, die 2. kleiner, als es den Erfahrungen des Ref. entspricht). Auch bei reiner Urethritis anterior kann Harndrang vorkommen; derselbe fehlt aber sehr oft bei beiden oben erwähnten Formen der Urethritis posterior; noch wesentlich seltener als der Harndrang ist die terminale Blutung (beides kann Ref. vollständig bestätigen). In Bezug auf die Frage, ob die 2. Urinportion bei gesunder Blase durch das Regurgitiren des Sekrets aus der Posterior getrübt werden kann, hat Verf. zwar 2 Experimente zur Verfügung, welche sie zu bejahen scheinen, möchte sie aber doch mit Rücksicht auf die cystoskopischen Befunde von Entzündung der Falte des Orificium internum vesicae dahin beantworten, dass »in den meisten Fällen von Urethritis mit 2. trübem Harn dieser Theil der Blase mit erkrankt ist«. Die terminale Blutung rührt immer von einer intensiven Erkrankung des Orificium internum vesicae her.

Mit Recht betont übrigens Verf., dass die Frage, ob bei 2. trübem Urin der Blasenhals mit erkrankt ist, darum eine geringe praktische Bedeutung hat, weil wir bei der Behandlung der Urethra posterior ja die Blasenschleimhaut mit behandeln müssen.

Jadassohn (Bern).

---

11) B. A. Drobny. Über die Abhängigkeit des Verlaufs der Urethritis von der Lokalisation der Gonokokken.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 1.)

Diese Arbeit stellt den Versuch dar, eine von Podres schon vor langer Zeit aufgestellte Behauptung zu beweisen, dass nämlich die Gonorhoe der männlichen Harnröhre verschieden verläuft, je nachdem ob man im Anfang die Gonokokken wesentlich intra- oder wesentlich extracellulär findet; im ersteren Falle sei die Prognose günstiger, im letzteren ungünstiger, im ersteren Komplikationen sehr selten, im letzteren häufig; im ersteren Falle könne man bald mit der aktiven Therapie beginnen, im letzteren müsse man das Stadium decrementi abwarten.

Zum Beweis für diese Anschauungen giebt Verf. Notizen über 77 Fälle. Leider ist ein, und zwar ein sehr wesentlicher Punkt gar nicht berücksichtigt. Es ist nämlich eine wiederholt konstatirte Thatsache, dass die Gonokokken bei demselben Pat. nach längerer Pause im Uriniren wesentlich intracellulär liegen, während sie in einem kurz nach dem Uriniren angefertigten Präparat wesentlich extracellulär zu finden sind. Diese in der Litteratur öfter erwähnte Thatsache hat zu der Anschauung geführt, dass die Vereinigung von Gonokokken und Eiterkörperchen wesentlich in der Lichtung der Harnröhre stattfindet. Nur, wenn auf diesen Punkt eigens geachtet wäre, könnte die von Podres und dem Verf. vertretene Anschauung, die ja auch praktisch von Bedeutung wäre, Beachtung verdienen.

Jadassohn (Bern).

---

12) S. K. Swinburne. Seminal vesiculitis and prostatitis.

(Journ. of cut. and genito-urin. diseases 1898. No. 3.)

Nach Maßgabe seiner persönlichen Erfahrungen spricht Verf. die Meinung aus, dass auch im Kreise der Berufsgenossen die Kenntnis von der wichtigen Rolle, welche Prostata und Samenbläschen bei der chronischen Gonorrhoe spielen, nicht genügend verbreitet ist. Er empfiehlt in jedem Falle prolongirten Trippers, und bei chronischer Gonorrhoe, die palpatorische Untersuchung der Prostata und der Samenbläschen vom Mastdarm aus vorzunehmen. Verf. theilt die Annahme Colombini's, dass in 35% aller akuten und chronischen Gonorrhoefälle Prostata und Samenbläschen erkrankt sind (Ref. hält solche Angaben denn doch für etwas übertrieben). Zur Behandlung empfiehlt er mit Recht die Massage, welche er mit dem Finger vorzunehmen scheint. (In neuerer Zeit hat Pezzoli ein sehr zweckmäßiges Massirinstrument für diese Zwecke konstruirt. Ref.)

Kopp (München).

---

13) **T. Lochte.** Über den praktischen Werth des mikroskopischen Gonokokkennachweises bei Prostituirten.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. Hft. 3.)

Es ist sehr erfreulich, dass auch in den Prostituirtenabtheilungen allmählich mit der Untersuchung auf Gonokokken in größerem Maßstab begonnen wird. Fallen auch die Schlussfolgerungen zunächst nicht so aus, wie Diejenigen hoffen würden, die mit dem Ref. glauben, dass ohne die zeitraubenden Gonokokkenuntersuchungen ein Fortschritt auf diesem Gebiet nicht erzielt werden kann, so ist doch einmal ein Anfang gemacht — bei weiterer Beschäftigung auf diesem Gebiet werden, das glaube und hoffe ich, die Anschauungen allmählich umgestaltet werden. L. hat in der Engel-Reimers'schen Abtheilung in Hamburg eine sehr große Anzahl öffentlicher und geheimer Prostituirten und geschlechtskranker Frauen auf Gonokokken untersucht und kommt zu Resultaten, welche ganz mit denen Neisser's übereinstimmen: viele klinisch latente Gonorrhoen; größere Zahlen bei mehrfacher Untersuchung; im Ganzen 38,57% der untersuchten Prostituirten gonorrhoisch etc.

In seinen epikritischen Bemerkungen giebt Verf. die bekannten Gegenargumente: dass auch Personen, bei denen Gonokokken nicht gefunden worden sind, inficiren können, dass die Infektionen vielleicht gar nicht vorzugsweise von den Prostituirten, sondern von den »Umhertreiberinnen« acquirirt werden, dass die weibliche Gonorrhoe ja doch im Hospital kaum geheilt würde, dass sich die Prostituirten bald wieder inficiren, endlich dass die Kosten der Untersuchung und Hospitalisirung zur Zeit unerschwingliche wären. Es ist hier natürlich nicht der Ort, auf eine Diskussion dieser Fragen einzugehen. Wenn des Verf. Standpunkt streng durchgeführt, wenn wirklich jede Puella dem Krankenhaus überwiesen würde, die »nur im geringsten blennorrhoeverdächtig ist« (»wie bisher« fügt L. hinzu), dann würden, glaube ich, viel mehr Prostituirte in das Krankenhaus wandern, »als bisher«, aber diese würden nur zum Theil infektiös sein. Die Auswahl würde mit dem Mikroskop richtiger getroffen werden.

[Noch ein Wort in eigener Sache. 1) »Selbstverständlich können auch nach meiner Meinung Gonokokken sich in der Scheide aufhalten, ohne zu Gonorrhoe zu führen; auch von solchen kann einmal eine Ansteckung ausgehen; aber diese Saprophyten können, so weit wir wissen, nur ganz vorübergehend vorhanden sein — und bisher sind sie noch nie in wirklich gesunden Genitalien gefunden worden —; daher nannte ich die Gonokokken »obligate Parasiten«. Für die Praxis der Untersuchung haben solche Fälle keine Bedeutung. 2) Die Arbeit von Lappe, welche der Verf. citirt und die aus meiner früheren Abtheilung im Allerheiligenhospital zu Breslau stammt, hat zu dem Resultat geführt, dass mindestens 45% der entlassenen gonorrhoischen Prostituirten als geheilt angesehen

werden mussten; desshalb ist es aber nicht richtig, zu sagen: »in der Neisser'schen Klinik (soll heißen im Hospital) wurden 54,6% nicht geheilt« — es ist sehr wahrscheinlich und ausdrücklich betont, dass von den 54,6% mit Gonorrhoe wiedergekommenen viele neu inficirt, also ursprünglich geheilt waren. Der Verf. nennt dieses Resultat »ein so günstiges, dass es kaum in Einklang zu bringen ist mit unseren sonstigen Erfahrungen über die Heilung der Blennorrhoe«. Ja, alle unsere sonstigen Erfahrungen — und wo ist eine solche Statistik vorhanden — sind eben nicht gewonnen mit systematisch durchgeführter, mikroskopischer Untersuchung und lokaler antiseptischer Behandlung.]

Es ist sehr zu hoffen, dass die Untersuchungen in der Engel-Reimers'schen Abtheilung mit gleicher Sorgfalt auch bei den verschiedensten Behandlungsmethoden fortgeführt werden mögen.

Jadassohn (Bern).

---

14. **W. Kopytowski.** Über Gonokokkenbefunde im Genitalsekret der Postituirten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLV. Hft. 2.)

Aus den Untersuchungen K.'s ergiebt sich eine Bestätigung der oft gemachten Erfahrung, dass die klinische Untersuchung der Prostituirten zur Entdeckung der Gonorrhoe nicht genügt. Als Hauptsitz des weiblichen Trippers sieht er Harnröhre und Bartholinische Drüsen an (der Cervicalkanal kommt dabei wohl etwas zu kurz!). Wesentliche Unterschiede hat ihm die Untersuchung vor und nach der Menstruation nicht ergeben. Von der Hospitalbehandlung glaubt er, dass sie die wesentlichsten Lokalisationen der Gonorrhoe zur Ausheilung bringe; im Cervicalsekret fand er noch bei 8% der aus dem Hospital Entlassenen Gonokokken. **Jadassohn** (Bern).

---

15) **R. Bergh.** Bemerkungen über venerische Katarrhe bei Frauenzimmern.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. Hft. 8.)

Aus seinen sehr großen Erfahrungen über Prostituirtengonorrhoe hebt B. einige interessante Punkte hervor. Es giebt sowohl urethrale wie cervicale Katarrhe auch bei den Prostituirten, die nicht oder nicht mehr gonorrhoischer Natur sind. In ganz gesund erscheinenden Organen können Gonokokken gefunden werden. Die Paraurethritis ist eine häufige und sehr wichtige Komplikation; Vulvitis und Vaginitis waren (auffallenderweise!) immer mit Gonorrhoe vergesellschaftet, aber wahrscheinlich nicht selbst gonorrhoisch. Die Behandlung hat B. wenig günstige Erfolge ergeben; besser waren dieselben bei der Bartholinitis, welche durch Einspritzungen mit Anel'scher Spritze oder (seltener) durch Operation beseitigt wurde. Die wirkliche Heilung der Gonorrhoe ist bei den Prostituirten sehr

schwer zu konstatiren. Trotzdem ist B. ein Gegner des »absoluten Pessimismus oder Nihilismus«, wie er sich neuerdings der Prostituirtengonorrhoe gegenüber wieder geltend macht; manche Gonorrhoen werden wohl doch geheilt, und die Isolirung der akuten, besonders ansteckenden Fälle hat gewiss praktisch prophylaktische Resultate.

Jadassohn (Bern).

---

16) **V. Bandler.** Über die venerischen Affektionen der Analgegend bei Prostituirten.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. Festschrift für F. J. Pick.)

Die bisher in der syphilidologischen Litteratur etwas stiefmütterlich behandelten Affektionen des Afters haben in letzter Zeit die Aufmerksamkeit in höherem Grade auf sich gelenkt. Verf. giebt an erster Stelle einen kasuistischen Beitrag zur Rectalgonorrhoe, indem er einen Fall veröffentlicht, in dem neben dieser Erkrankung ein die gewöhnlichen Eitererreger und die Gonokokken enthaltender periproktitischer Abscess vorhanden war, welcher erst heilte, als der Sphinkter incidirt worden war. Die Hauptursache für die Rectalgonorrhoe liegt nach B. in der Unreinlichkeit, und daher kommt diese Erkrankung bei bordellirten Prostituirten (wie in Prag) viel weniger häufig vor, als bei isolirten und geheimen.

Ausführlicher beschäftigt sich Verf. mit den als Plicae anales hypertrophicae zu bezeichnenden hyperplastischen und meist geschwürigen Bildungen, welche vielfach in Zusammenhang mit der Gonorrhoe gebracht worden sind. Ein solcher Zusammenhang lässt sich nach den eingehenden Untersuchungen B.'s nicht erweisen. Die Affektion kommt mit besonderer Vorliebe bei älteren Prostituirten vor; bei anderen gonorrhoisch erkrankten Frauen fehlt sie. Alle Fälle, welche in den letzten Jahren in der Prager Klinik beobachtet worden sind, haben Lues gehabt. Die Affektion ist zurückzuführen auf die Lymphstauung (Aufhebung der Drüsenfunktion durch die Lues), auf die bei den Prostituirten so häufige Obstipation und auf die bei ihnen besonders energisch wirksamen peripheren Reize. So stehen sie in vollständiger Analogie zu dem als Ulcus chronicum simplex vulvae bezeichneten Krankheitsbild bei den Prostituirten. Sie sind indolent, außerordentlich chronisch und leisten konservativer Therapie sehr hartnäckig Widerstand, können aber mit dem Paquelin leicht und dauernd zerstört werden. **Jadassohn** (Bern).

---

17) **Benzler.** Sterilität und Tripper.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLV. Hft. 1.)

Die Bedeutung, welche der Tripper für die Sterilität der Ehe hat, ist seit den Untersuchungen Nöggerath's, Kehrer's u. A. allgemein anerkannt. Eine ganz besonders verderbliche Wirkung ist der doppelseitigen Epididymitis zugeschrieben worden; bei der ungünstigen Beurtheilung dieser ist man sogar vielfach zu weit ge-

gangen. In einer früheren Arbeit hat B. den Nachweis erbracht, dass »von 100 Männern, welche eine doppelseitige Hodenentzündung überstanden haben, noch fast 77 Aussicht haben, Kinder zu bekommen, wenn sie eine konceptionsfähige Frau heirathen«. In der vorliegenden Arbeit berichtet Verf. über Untersuchungen, die er über den Einfluss des Trippers überhaupt auf die Fruchtbarkeit der Ehen bei früheren Soldaten angestellt hat. Ich übergehe die auf litterarische Studien basirte ausführliche Einleitung über die Sterilität und über die Beziehungen zwischen ihr und dem Tripper und gebe hier nur kurz die allgemein interessanten Resultate wieder. Von den während ihrer Dienstzeit tripperkrank gewesenen Soldaten konnten 474 später verheirathete aufgefunden werden. Von den Ehen dieser waren 13,5% ganz steril, 16,5% »ein-Kind-steril«; nach unkomplicirtem Tripper 10,5% ganz, 17,3% ein-Kind-steril; nach einseitiger Hodenentzündung betrugen diese Zahlen 23,4, resp. 13,5%, nach doppelseitiger 42,7% resp. 20,8%.

Diese Zahlen geben natürlich keine Anhaltspunkte dafür, wie weit die Sterilität auf Azoospermie des Mannes, wie weit sie auf gonorrhoische Erkrankungen der Frau zurückzuführen ist. Jedenfalls geben die von B. durch mühsame statistische Bearbeitung gewonnenen Zahlen einen schätzenswerthen Nachtrag zu seiner oben citirten Arbeit. Verf. sieht sich auf Grund seiner Resultate gezwungen, den Eingangs angeführten Satz dadurch einzuschränken, dass er jetzt sagt: von den 100 Männern mit überstandener doppelseitiger Epididymitis haben 77 Aussicht, Kinder zu bekommen, »wenn die Frau nicht ihrerseits durch den Mann krank und unfruchtbar gemacht wird«.

Jadassohn (Bern).

---

18) **P. G. Unna.** Zwei kardinale Punkte bei der Behandlung des akuten Trippers.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVI. No. 1.)

U. glaubt, dass schlechte Erfolge bei der Tripperbehandlung vielfach auf die bloß während des Tages vorgenommenen Injektionen zurückzuführen sind; er lässt in der ersten Woche 2stündlich (Tags und Nachts), in der zweiten 3stündlich und so fort, in der 8. Woche einmal täglich (»Ausschleichen aus der Behandlung«) die Injektionen vornehmen. Als Injektionsflüssigkeit benutzt U. Zinc. sulfocarbol. 1,0, Resorcin 4,0, Aq. Foeniculi 200,0. Seine Erfolge sollen sehr gut sein.

Jadassohn (Bern).

---

19) **N. Bender.** Über neuere Antigonorrhoica (insbesondere Argonin und Protargol.

Ar chiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 31. Festschrift für F. J. Pick.)

Verf. berichtet über die sehr günstigen Resultate, die er mit diesen neueren Mitteln auch im Vergleich zu Sublimat und Argentum nitricum bei der Urethralgonorrhoe erzielt hat. Protargol hat nur einmal selbst in $^1/_4$%iger Kontraktion unerträglich gereizt.

Jadassohn (Bern).



20) **Stark.** Zur Behandlung des Trippers mit Protargol.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVI. No. 7.)

Auf Grund seiner Untersuchungen an 19 Fällen, von denen nur einer unter Protargol nicht heilte, kommt S. zu einem für das neue Mittel günstigen Urtheil — es ist nicht ein Specificum, aber ein vorzügliches Antiblennorrhoicum. Eine Urethritis posterior trat während dieser Behandlung nie auf. **Jadassohn** (Bern).

---

21) **E. Welander.** Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Protargol.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 377. Festschrift für F. J. Pick.)

W. hat mit dem Protargol nach verschiedener Richtung hin Versuche gemacht; er hat in 12 Fällen mit der Behandlung innerhalb der ersten 3 Tage nach der Infektion beginnen können und in 6 Fällen ausgezeichnete Erfolge dabei gesehen; er empfiehlt für diesen Zweck eine wenigstens 3%ige Lösung zu nehmen; zuerst soll der Arzt selbst täglich zweimal die Injektion machen; die Flüssigkeit soll 10 Minuten in der Harnröhre bleiben. Nach 3—4 Tagen, wenn die Gonokokken verschwunden sind, genügt eine solche Einspritzung täglich (wieder 3—4 Tage lang); in dieser Zeit kann der Pat. nebenbei noch selbst 1%ige Lösung einspritzen. Der während dieser Behandlung vorhandene eitrige Ausfluss bedarf keiner Beachtung. Sind während 7—8 Tagen keine Gonokokken gefunden worden, so kann man zu einer schwach adstringirenden Lösung übergehen — der Ausfluss hört dann bald auf. (Längere Zeit fortgesetzte Untersuchungen auf Recidive sind natürlich auch bei dieser Abortivbehandlung nothwendig!). Auch in den übrigen Fällen von Urethritis anterior war das Resultat der Protargolbehandlung ein im Allgemeinen sehr günstiges — speciell trat eine Urethritis posterior nur in sehr wenigen Fällen hinzu. — Auch bei Urethritis posterior hat W. das Protargol in $^1/_2$%iger Lösung in »Janet'schen Spülungen« (d. h. ohne Katheter) versucht und einige günstige Resultate erzielt.

Endlich hat W. auch Versuche gemacht, wie weit das Protargol eine Gonorrhoe nach erfolgter Infektion zu verhindern im Stande ist. Er hat die Harnröhre mit reichlich gonokokkenhaltigem Eiter energisch inficirt, dann nach verschiedener Zeit die Versuchsperson uriniren lassen und 5—6 g einer 4%igen Protargollösung eingespritzt, die 5 bis 10 Minuten in der Harnröhre blieb. Selbst wenn der Eiter 5 Stunden in der Harnröhre gewesen war, trat dann eine Infektion nicht ein — nach 6 Stunden war der Erfolg einmal kein ganz vollständiger. Solche Einspritzungen wären also »ein sicheres Präventivmittel«; sie können aber einen leichten Ausfluss hervorrufen. — »Gegen die Gonorrhoe bei Frauen strandet oft auch eine Behandlung mit Protargol.

Jadassohn (Bern).

---

22) P. G. Unna. Die Eisbehandlung der Epididymitis blennorrhoica.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. Hft. 3.)

U. glaubt, dass das oft gehörte ungünstige Urtheil über die Eisbehandlung der Epididymitis gonorrhoica acuta nur auf einer unzweckmäßigen Durchführung dieser Methode, die ihm immer günstige Erfolge gegeben habe, beruht. Er schildert daher die von ihm geübte Anwendung derselben: Nur mäßig und mit nicht zu kleinen Stücken gefüllter Eisbeutel, Hochlagerung des Hodens auf ein über die Oberschenkel gespanntes Handtuch, Umhüllung des Hodens mit einer dünnen, in Bleiwasser getauchten Lage Watte oder Verbandmull, wasserdichte Unterlage, Fernhaltung der allgemeinen Bettwärme durch ein Tonnenband, an dem die Eisblase befestigt werden kann. In schweren Fällen ist das Eis Tag und Nacht zu gebrauchen; bei ambulanter Behandlung kann man am Tage außer Bleiwasser-Dunstverband, Jodvasogen etc. besonders 10%iges Ichthyolkollodium benutzen. Auch bei nervösen Schmerzen, wie sie die Varicocele öfters begleiten, soll die durch die Eisbehandlung bedingte Kontraktion der Tunica dartos günstig wirken.

Jadassohn (Bern).

---

23) Reinhardt. Über die Urethrotomia externa.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 35.)

R. unterscheidet zweierlei Krankheitserscheinungen, welche von Seiten der Harnröhre selbst einen chirurgischen Eingriff erfordern, nämlich: frische Verletzungen der Harnröhre und Harnröhrenstrikturen. Die Strikturkranken, welche die weitaus häufigste Indikation zur Eröffnung der Harnröhre geben, theilt R. in 3 Gruppen: 1) Kranke mit vollständiger Urinverhaltung, 2) Pat., die den Urin nur unter großen Schwierigkeiten und Beschwerden entleeren können, und bei denen neben der Striktur Harnröhrenfisteln und Blasenkatarrhe bestehen und 3) endlich Pat., bei denen in Folge der Striktur schwere phlegmonöse und septische Entzündungsprocesse entstanden sind.

Im Anschluss an diese Indikationsstellung schildert nun R. das Verfahren, das bei den Kranken der einzelnen aufgezählten Gruppen, welche Aufnahme in der König'schen Klinik gefunden, angewandt wird.

Die Pat. der ersten Gruppe enthalten sofort ein lauwarmes Bad, eine entsprechende Dosis Morphium und heiße Umschläge um den Leib zur Linderung der allerschlimmsten Beschwerden, wonach dann oft der mehrfach vergeblich angestellte Katheterismus auch durch stark verengte Partien der Harnröhre möglich wird. In anderen Fällen, wo es sich um Kombinationen von Harnröhrenverengerung mit reflektorischen Krampfzuständen handelt, gelingt es bisweilen durch die Narkose, den Katheter in die Blase einzuführen. Zumeist gelingt aber der Katheterismus nicht. In solchen Fällen, welche einen Aufschub

der Harnentleerung nicht gestatten, wo der Transport der Kranken oder die Vornahme der Operation aus motivirten Gründen ausgeschlossen ist, muss der Abfluss des Harns durch die Punktion der Blase ermöglicht werden; das Normalverfahren ist aber, gleichzeitig die Ursache der Harnverhaltung und die momentane Urinansammlung durch die Urethrotomia externa zu beseitigen.

Bei den Kranken der 2. Gruppe wird als Regel zunächst die Erweiterung der Striktur mittels der Roser'schen geknöpften Metallsonden in Anwendung gebracht. Bei starren hochgradigen Verengerungen, die der Sondenbehandlung trotzen, wird, wenn überdies Fisteln und Abscesse den blutigen Eingriff verlangen, die Striktur vom Damm aus aufgesucht und sammt den Fisteln excidirt.

Die Pat. der 3. Gruppe kommen zumeist mit ausgedehnter Urininfiltration und septischer Phlegmone in die Klinik und sind trotz ausgiebiger Incisionen und Drainage nicht zu retten; nur in besonderen Glücksfällen kommen solche Fälle durch. Bei allen diesen ist auf Heilung nicht zu rechnen, wenn nicht die Ursache des ganzen Processes, die behinderte Urinentleerung, gehoben wird durch die Urethrotomia externa.

Die Schilderung der Ausführung dieser Operation in der Charité-Klinik möge im Original gelesen werden. **Gold** (Bielitz).

---

24) **A. Bere.** A propos d'un cas de rupture extra-péritoneale de la vessie expériences cadavériques sur le rapport qui pourrait exister entre le traumatisme et le siège de la rupture vésicale.

(Province méd. 1898. No. 14.)

2 Fälle von extraperitonealer Blasenruptur ohne Beckenbruch, und zwar an der vorderen Blasenwand, haben den Verf. veranlasst, auf experimentellem Wege zu prüfen, durch welche mechanischen Umstände eine solche Lokalisation der Blasenverletzung zu Stande kommt. An je 20 Leichen wurden Schläge mit einem Stock applicirt, und Stöße mit einer Ramme nach Art der Pflasterrammen, jedes Mal je 5 in der Höhe des Schamhügels und unterhalb des Nabels. Dabei zeigte sich nun, abweichend von dem klinischen Verhalten, ein überwiegendes Vorkommen von extraperitonealen Rupturen, ganz gleich, wie das Trauma ausfiel (14mal). Bei den massigeren Rammstößen kam es meist zur extraperitonealen Ruptur (9mal unter 10); bei den örtlich begrenzteren Stockschlägen hängt der Ort der Ruptur ab von der Auftreffstelle der Gewalt. Bei Schlägen am Nabel trat 4mal intraperitoneal, 1mal extraperitoneal der Riss ein, bei Schlägen in der Höhe des Schamhügels 4mal extraperitoneal, 1mal intraperitoneal. Die extraperitonealen Rupturen saßen an der Wandseite der Blase. Auffallend war die Leichtigkeit, mit welcher die — natürlich gefüllte — Blase stets im Experiment zum Sprengen ge-

bracht werden konnte. Bezüglich der Therapie weist der Autor auf die Rathschläge Gangolphe's hin, welcher immer erst, da der Ort der Ruptur klinisch sich schwer bestimmen lässt, das Cavum Retzii eröffnet, um von da aus die Blase, und dann erst, wenn der Riss von dem Blaseninnern aus konstatirt ist, das Bauchfell in Angriff zu nehmen.

Herm. Frank (Berlin).

25) **P. Reynier** et **Paulesco**. Urethéro-anastomose.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 117.)

Den Verff. gelang es bei 2 Hunden, die Stümpfe je eines quer durchschnittenen Harnleiters derart wieder mit einander zu vereinen, dass einige Monate nachher bei völliger Durchgängigkeit des Harnleiters keinerlei Erweiterung des Nierenbeckens bei der Autopsie gefunden wurde, weder Hydro- noch Pyonephrose. Sie legen eine Reihe von Nähten durch die ganze Dicke der Wand, derart, dass — umgekehrt wie bei der Lembert'schen Naht — Schleimhaut gegen Schleimhaut gepresst wird; durch jeden Stichkanal ziehen 2 Fäden. Indem nun je 2 benachbarte mit einander verknüpft werden, werden die beiden Stumpfenden nicht nur in ihrem ganzen Umfang an einander gehalten, sondern ihre Wand allmählich von den Fäden durchschnitten. Ehe es so weit kommt, ist indess schon die Vernarbung ringsum eingetreten. Die Fäden fallen in die Lichtung des Kanals, falls Seide gewählt wurde, oder resorbiren sich bei Katgutnaht. — Eine Anzahl schematischer Zeichnungen erläutern das Verfahren.

Reichel (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Diakonissenkrankenhaus zu Kaiserswerth a/Rh. Dirig. Arzt Dr. Lympius.)

Ein Beitrag zur Kasuistik der Epidermoide der Hohlhand.

Von

Dr. **Langemak.**

In No. 14 — 1898 — dieses Blattes hat Franke-Braunschweig darauf hingewiesen, dass bei Beurtheilung der Ätiologie der Epidermoide der Finger und Hohlhand dem Trauma eine zu große Bedeutung beigemessen wird. Hier möge ein Fall angeführt werden, bei dem der traumatische Ursprung nicht zweifelhaft ist.

Anamnese: Vor $1^1/_2$ Jahre stach sich Pat. mit einer spitzen Feile in die linke Hand oberhalb der Basis des III. Metacarpus. Er verband und heilte die Stichwunde selbst. Bald trat eine kleine Geschwulst an dieser Stelle auf, die von Erbsengröße bei langsamem Wachsthum bis zu Bohnengröße heranwuchs. Da sie druckempfindlich war, belästigte sie den Pat. bei der Arbeit.

Status am 23. November 1898.

Über der Basis metacarpi III. man. sin. an der Volarseite besteht eine bohnengroße, subkutan gelegene Geschwulst, die im geringen Grade schmerzhaft ist und leichte Fluktuation zeigt. Die bedeckende Haut ist schwielenartig verdickt.

Operation am 24. November 1898: Schnitt über die Mitte der Geschwulst. Entwicklung derselben. Naht. Heilung per primam.

Beim Durchschneiden der Geschwulst erweist sie sich als eine Cyste mit ziemlich derber Wand. Innenfläche leicht gelblich glänzend. Der Inhalt ist eine

weiße, zwiebelschalenartige, lamellös gelagerte Masse nebst weißlichem Brei in geringer Menge.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt:

Die Cystenwand besteht außen aus derbem Bindegewebe mit zahlreich eingelagerten elastischen Fasern, innen aus verhornten Epithelzellen, zwischen denen kleine Krystalle in Form rhomboider Tafeln liegen.

Der Cysteninhalt besteht ebenfalls aus verhornten epithelialen Zellen, rhombirten, tafelförmigen Krystallen und körnigem Detritus.

---

26) **A. Buschi.** Resoconto dell' anno scolastico 1896—97 nella clinica chirurgica di Bologna (Prof. Novaro).

(Clinica chirurgica 1898. No. 1.)

Vom 1. November 1896 bis zum 15. Juni 1897 fanden in der Kgl. Klinik in Bologna (65 Betten) 650 Kranke Aufnahme, von denen 580 einer Operation unterzogen wurden. Es starben 13, das sind 2,24 %.

Kopf und Gesicht: 38 Operationen.

13 Trepanationen, 2 wegen Rindenepilepsie, 11 wegen Caries antri mastoidei. Bei den ersteren waren Depressionsfrakturen die Ursache; beide Fälle wurden zwar glatt geheilt entlassen, aber die Anfangs ausgebliebenen Anfälle stellten sich allmählich in gleicher Stärke wieder ein. Die Eingriffe am Processus mastoideus verliefen alle glücklich; stets wurden mit Hammer und Meißel alle Zellen weit bloßgelegt. Novaro bedient sich nicht des Trepans.

Den Zungenamputationen wegen Carcinom (3) wird regelmäßig die Ausräumung der Unterkiefer- und Karotidendrüsen vorausgeschickt. 1 Todesfall bei einer Recidivoperation (Hirnembolie?).

Hals: 35 Operationen.

7 Strumektomien ohne Zwischenfall, 3 Exstirpationen ausgebreiteter Tonsillen- und Lymphdrüsencarcinome.

Thorax: 25 Operationen.

Erwähnenswerth eine Eröffnung des vorderen Mediastinums durch subperiostale Resektion des Manubriums und oberen Corpusantheils bei einem Mädchen mit retrosternalem Senkungsabscess. Tamponade, Heilung mit Wiederherstellung des Brustbeins.

Abdomen: 228 Operationen.

89 Hernien (1 Todesfall, Operation in extremis). 1 Littre'sche Hernie in einem Schenkelbruch eingeklemmt. 70 freie Leisten- (Bassini), 2 Schenkelbrüche.

2 Gastrostomien wegen Speiseröhrenkrebs, Witzel'sche Fistel, beide kontinent entlassen; die eine Operation ohne Narkose.

14 Eingriffe wegen Pylorusstenose (2 Todesfälle). Die Gastroenteroanastomosen (wie viele?) nach v. Hacker, Pylorusresektion nicht erwähnt.

3 Splenektomien wegen Wandermilz mit gutem Erfolg.

Auffallend ist die geringe Zahl der Appendicitiden — 3 —, welche zur Operation kamen.

36 Salpingektomien wegen eitriger oder tuberkulöser Processe (1 Todesfall). 18 Uterusexstirpationen wegen Myom (1 Tod, chronische Chloroformvergiftung?) 10 Ovariotomien.

Männliches Genitale: 64 Operationen.

22 innere Urethrotomien. 2 Resektionen des Vas deferens wegen Prostatahypertrophie mit zufriedenstellendem Resultat, spontane Entleerung nach einigen Tagen. Zur Blasenspülung Argentum lacticum (Credé) mit gutem Erfolg verwendet.

Niere und Blase: 18 Operationen (1 Todesfall). 2 Nephrektomien (Sarkom und Echinococcus). 6 hohe Blasenschnitte mit glatter Heilung.

Becken: 4 Operationen.

Mastdarm: 24 Eingriffe.



Hämorrhoiden mit dem Thermokauter gestichelt oder abgebrannt, eben so Analfisteln. 3 Amputationen wegen Mastdarmkrebs.

Extremitäten: 120 Operationen, davon 41 an den oberen Extremitäten, 79 an den unteren.

Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose »scrupulosamente« konservativ. So 13 glatt und fest ankylotisch geheilte Kniegelenksresektionen. Beherzigenswerth ist auch der Satz: »senza alcune regola prefissa furono sempre asportate le ossa e parti molli ammalate«, d. h. keine typischen Resektionen.

J. Sternberg (Wien).

27) **A. Codivilla** (Imola). Statistischer Bericht über die chirurgische Abtheilung des Hospitals in Imola.

Imola, **Ignazio Galeati e figl.**, 1898.

In der genannten Abtheilung wurden während des Berichtsjahres (1897) 464 Pat. aufgenommen und 377 Operationen ausgeführt. Das gesammte Material wird in 2 übersichtlichen Tabellen vorgeführt. Verf. ist von der reinen Asepsis zu einem gemischten Verfahren übergegangen (außer bei Operationen in den großen Körperhöhlen); er benutzt beim Operiren sterilisirte Zwirnhandschuhe. Zur Narkose wurde meistens Äther verwandt. — Im Einzelnen ist etwa Folgendes bemerkenswerth: Wegen schwerer Neuralgie wurden 3 intrakranielle Trigeminusresektionen (3. Ast), mit theilweiser Entfernung des Ganglion Gasseri, ausgeführt; alle waren von sehr gutem Erfolg begleitet (dauernd seit 1 Jahr); es wurde stets ein großer osteoplastischer Lappen in der Schläfengegend gebildet. — Magenoperationen wurden 15 ausgeführt, und zwar 1 Pyloroplastik, 9 Gastroenterostomien (davon 3 †) und 5 Resektionen. Von den letzteren waren 4 durch Carcinoma pylori indicirt, 1 durch Pylorusstenose in Folge eitriger Cholecystitis. Die Operation wurde bei den 4 Carcinomfällen in der Weise ausgeführt, dass sowohl Magen- als Duodenalwunde für sich verschlossen und dann eine Gastroenterostomie angelegt wurde. Einer von den Resecirten starb 20 Tage nach der Operation; die übrigen überstanden den Eingriff gut; in einem Falle betrug die Gewichtszunahme nach der Operation 22 kg. — Uterusexstirpationen wurden 23mal abdominal (bei Geschwülsten oder beiderseitiger Entzündung) ausgeführt, 7mal (ohne Klemmen) von der Scheide aus; alle mit glücklichem Ausgang. Radikaloperationen freier Hernien wurden 100mal vorgenommen (ohne Todesfall); von 8 eingeklemmten Hernien, die zur Operation kamen, führte 1 zum Tode. Bei der Radikaloperation des Schenkelbruches befolgt Verf. eine eigene Methode, um den inneren Schenkelring zu verschließen. Das Verfahren beginnt damit, dass das Poupart'sche Band an seiner Ansatzstelle vom Schambein abgelöst und von hier aus die Schichten der Bauchmuskeln getrennt werden; nunmehr wird ein querer Schnitt über den M. pectineus und das Tub. pub. gezogen; dann werden Transversus und Obliquus internus an den inneren Rand dieses Schnittes, an Fascie und Periost, angenäht, während der Obliq. ext. herabgezogen und an den Pectineus, so wie an den vorderen Rand des Schambeins befestigt wird. — Die Gesammtzahl der Todesfälle im Berichtsjahr betrug 23, von diesen waren 18 zur Operation gekommen.

H. Bartsch (Heidelberg).

28) **E. Lentz.** Ein Krankenbett mit drehbarer Stahldrahtmatratze.

(Ärztliche Polytechnik 1898. August.)

Die Matratze obigen Apparates kann in eine 3- oder 4fache schiefe Ebene in der bekannten Weise verwandelt werden. Ferner ist sie um einen centralen Drehpunkt so drehbar, dass sie quer zur Bettstelle zu stehen kommt. Sie kann somit in querer Stellung und, ins Planum inclinatum verwandelt, als Krankenstuhl dienen. 2 Abbildungen im Original. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

29) **L. Heydemann.** Ein Selbstassistent bei Naht frischer Wunden.

(Ärztliche Polytechnik 1898. August.)

Obiges Instrument eignet sich für die Chirurgie im Frieden und Krieg, ferner für die operative Gynäkologie in allen den Fällen, wo der Operateur auf reich-



liche Assistenz verzichten muss. Es besteht aus einem 14 cm langen Mittelstück mit Griff wie bei einer Schere. Am vorderen Ende hat es 3 gezähnte, gegen einander federnde, stellbare Platten, mittels welcher die Wundränder so gefasst werden, dass ein Umkrempeln beim Nähen ausgeschlossen ist.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

30) **G. Perthes.** Ein Aspirationsapparat.

(Ärztliche Polytechnik 1898. Oktober.)

In seiner Arbeit »Über ein neues Verfahren zur Nachbehandlung der Operation des Empyems etc.« in Brun's Beiträge Bd. XX Hft. 1 hat Verf. Saugkappen mit Aluminiumplatte beschrieben, welche zur Abdichtung der Umrandung der Operationsöffnung dienen. Diese sind jetzt durch Gummiabschlusskissen ersetzt, wodurch jener Abschluss leichter und besser erzielt wird. Die Erzielung des negativen Druckes in der eröffneten Empyemhöhle geschieht durch eine Saugröhre, die mit dem Wasserleitungshahn in Funktion gesetzt wird, so wie durch ein Quecksilbermanometer in der bekannten Weise. Abbildung im Original.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

31) **H. Brauchli.** Über eine Granulationsgeschwulst, hervorgerufen durch einen Glassplitter.

Inaug.-Diss., Zürich, **Fischer & Diggelmann,** 1897. 29 S.

Der von B. beschriebene Fall betrifft ein Mädchen, bei dem ein unter die Vorderarmhaut eingedrungener Glassplitter, statt sich, wie gewöhnlich, in Bindegewebe einzukapseln, die Bildung einer kleinen Geschwulst veranlasste. Dieselbe setzte sich zusammen aus einer bindegewebigen Hülle und aus nach innen aufsitzenden polypösen Wucherungen. Letztere bestanden aus gefäßreichem, jugendlichem Bindegewebe und einer fibrinoiden Substanz, wesshalb sie Verf. in Parallele setzt mit den Gebilden, aus denen bei tuberkulöser Synovitis die Reiskörperchen entstehen. Der vorliegende Fall würde also die vielfach gemachte Beobachtung bestätigen, dass die Gewebe auf das Vorhandensein von nicht bakteriellen Fremdkörpern oft analog reagiren wie auf die Anwesenheit von Tuberkelbacillen. (Es dürfte immerhin nicht ausgeschlossen sein, dass die eigenthümliche Reaktion des umgebenden Gewebes auf eine ganz leichte, nicht zu Eiterung führende Infektion zurückzuführen wäre. Ref.)

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

32) **Wiesinger.** Zur Behandlung der bösartigen Neubildungen an den langen Röhrenknochen. (Aus dem allgemeinen Krankenhause in Hamburg-St. Georg.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 42.)

Nach Besprechung der verschiedenartigen Prognose mancher Formen von Sarkomen der langen Röhrenknochen räth W. gleich Mikulicz und Nasse zu Ersetzung der Amputation und Exartikulation durch die Resektion bei denjenigen schaligen myelogenen Riesenzellensarkomen, deren Sitz diese Operationsmethode gestattet.

W. operirte nach diesem Princip 3 Fälle, und zwar ein Sarkom des unteren Femurendes, eins des Tibiakopfs und eins des oberen Humerusendes.

In allen 3 Fällen trat Heilung ein, im 1. mit 20, im 2. mit 12 cm Verkürzung.

Die Möglichkeit des konservativen Vorgehens wird beschränkt durch Befallensein der großen Gefäße von Geschwulstmassen. Ist die Geschwulst auf diese vorgedrungen, so dass sie ohne ihre Verletzung nicht mehr rein exstirpirt werden kann, dann ist der Versuch, die betreffende Extremität zu erhalten, zwecklos und die sofortige Entfernung derselben geboten. Auch ist die nachträgliche Amputation geboten bei mangelnder Konsolidation der resecirten Knochenenden an der unteren Extremität.

Die Aussichten, eine gute Konsolidation zu erreichen, hält Verf. für die Resektion des unteren Tibiaendes am günstigsten.

In Bezug auf die Technik der Resektion verfährt W. ähnlich wie dies Mikulicz, v. Bergmann und v. Bramann thun.

Am Schluss spricht er die Hoffnung aus, dass durch die Frühresektion auch bessere Dauerresultate erzielt werden. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

33) **E. Briau. Résultats éloignés de la greffe autoplastique suivant la méthode italienne modifiée.**

(Revue d'orthopédie 1898. No. 2.)

3 Fälle von Lappenplastik mit $^1/_2$jähriger, 9- und 10jähriger Beobachtungsdauer mit vollkommenem und dauerndem Erfolg behandelt; einmal Deckung der Ferse aus der Gesäßhaut, einmal Ersatz eines durch Verbrennung verloren gegangenen Hautstückes an der äußeren Seite des Unterschenkels ebenfalls aus dem Gesäß, im dritten Deckung der hinteren Fläche des Ellbogengelenks aus der Rumpfhaut, jedes Mal mit traumatischer Entstehung des Defekts.

Herm. Frank (Berlin).

34) **R. Maclaren. A case of plastic operations for burns.**

(Brit. med. journ. 1898. Juni 4.)

M. bekam vor 5 Jahren ein 10jähriges Mädchen wegen einer ausgedehnten Verbrennung des rechten Armes in Behandlung. Zu Beginn der Behandlung zeigten sich die verbrannten Stellen mit gesunden Granulationen bedeckt; und zwar erstreckten sich diese rund um den ganzen rechten Ober- und Vorderarm von der Mitte des Deltoides bis nahe zum Handgelenk. Die ganze rechte Brustseite von der Achsel bis zum Rippenbogen, vorn 3 Zoll vom Brustbein bis handbreit von der Wirbelsäule, war von Granulationen bedeckt, die Achselhöhle völlig von Haut entblößt. Eine Amputation des Armes unterhalb der Schulter kam wegen der Ausdehnung der eiternden Granulationsfläche in Frage. Durch eine Reihe von Operationen wurde unter Erhaltung des Armes ein ausgezeichnetes Resultat erreicht.

Um die Wundoberfläche zu verkleinern, wurde zunächst der Arm an den Thorax anbandagirt und hier zur Anheilung gebracht. In 9 Monaten war die Heilung so weit vollendet, dass eine narbige Haut Thorax und Arm völlig bedeckte.

In einer zweiten Etappe wurden nun im oberen Thoraxbereich vorn und hinten je ein Hautlappen gebildet und ohne Durchtrennung an ihren Enden für 14 Tagen mit Glasplatten unterpolstert nach der Methode Croft's. Dann wurde der Arm durch Schnitte seitlich am Thorax abgelöst, und zwar unter Herbeiziehung der Thoraxhaut, so dass eine Deckung des Armes möglich wurde. Die Lappen an der oberen Thoraxpartie wurden an dem von der Achsel entfernten Ende gelöst, nach der Achsel zu umgeschlagen und zusammengenäht, so dass eine Auspolsterung der Achsel erzielt wurde. Durch eine Anzahl winkliger Incisionen rund um die seitliche Thoraxnarbe in der gesunden Haut und Vernähung unter Hautverschiebung wurde dann eine Entspannung dieser Narbe erzielt, so dass die Wundfläche in der mittleren Axillarlinie durch Zusammenziehen nahezu gedeckt werden konnte. In 2 Monaten war Alles so weit geheilt. Die Pat. hatte nun einen freien Arm mit einem fixirten Ellbogengelenk. 2 Jahre blieb dieser Zustand ungefähr gleich. Nur wurde der Arm mit vermehrtem Längenwachsthum in der gespannten Haut immer steifer.

In einer dritten Etappe wurde desshalb eine Verkürzung des Oberarmschafts durch subperiostale Resektion von $1^1/_2$ Zoll am Übergang ins untere Drittel vorgenommen. Eben so wurde noch durch Incision der tiefen Fascie in der Nähe des Deltoideusansatzes eine Entspannung herbeigeführt. Schließlich wurde noch eine Excision des Ellbogengelenks vom hinteren Schnitt aus vorgenommen. Der gegenwärtige Stand ist folgender: Bewegungen im Schultergelenk nahezu normal. Im Ellbogengelenk Beugung und Streckung beinahe völlig möglich, Drehbewegungen des Vorderarms nur in geringem Umfang. Kraft des Armes noch gering, aber in Zunahme. Haut nicht mehr so glänzend, mehr normal und faltbar. Die Pat. kann schon ganz gut Hausgeschäfte verrichten. **F. Krumm** (Karlsruhe).

35) **Stintzing.** Beitrag zur Lehre des Tetanus traumaticus, insbesondere zur Spinalpunktion und Antitoxinbehandlung bei demselben.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. III. Hft. 3. u. 4.)

Der Fall zeichnet sich dadurch aus, dass entgegen dem gewöhnlicheren Verlauf beim Menschen die Krämpfe von der verletzten Extremität ihren Ausgang nahmen, also ähnlich wie bei dem experimentell an Thieren erzeugten Tetanus. Die ersten Erscheinungen traten 8 Tage nach der Verletzung auf. Injektionen von Behring'schem Antitoxin am 3., von Tizzoni'schem am 7. Krankheitstage vermochten den tödlichen Ausgang nicht zu hindern. Die Ursache der Wirkungslosigkeit der Antitoxinbehandlung ist einmal darin zu suchen, dass die Injektion zu spät, am 4. Krankheitstage erfolgen konnte, so wie darin, dass man erst bei der Sektion einen tiefliegenden Abscess entdeckte, der virulente Tetanusbacillen enthielt, dem Körper also immer neues Gift zuführte.

Von besonderem Interesse ist, dass S. zum ersten Male beim Tetanus die Spinalpunktion ausführte. Der Liquor crebrospinalis stand unter einem mäßig erhöhten Druck; eine weiße Maus, damit geimpft, starb am nächsten Tage, während eine mit dem tetanischen Wundeiter geimpfte erst nach 6 Tagen unter Tetanuserscheinungen starb: man kann also durch die Spinalpunktion rascher als durch Verimpfung des Wundsekrets die Diagnose Tetanus stellen. Die Spinalflüssigkeit erwies sich ferner als stärker toxisch als die gleiche Menge Blut; das würde für die Pathogenese des Tetanus von Wichtigkeit sein und dafür sprechen, dass der örtliche Tetanus nicht durch die örtliche sensible Wirkung des Wundreizes, sondern durch Fortleitung des Giftes längs der Nerven zum Centralorgan erzeugt wird. — Endlich ist von Bedeutung, dass man im Rückenmark hochgradige Degeneration der Vorderhornzellen fand, ein Befund, der beim Menschen bisher nur einmal, von Goldscheider, erhoben wurde.

Haeckel (Stettin).

36) **F. Epstein.** Eine neue Urethralklemme für Verweilinjektionen.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 4.)

Eine einfache Klammer — den bekannten Briefklammern ähnlich gearbeitet — Georg Haertel-Breslau) ist durch eine Stellschraube so eingerichtet, dass der Druck auf die Harnröhre beliebig regulirt werden kann. **Jadassohn** (Bern).

37) **E. Schiff.** Verschlussapparat für die Harnröhre zum Zweck von Verweilinjektionen.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVI. No. 7.)

Für die »prolongirten Injektionen«, welche Neisser zur Protargolbehandlung der Gonorrhoe empfohlen hat, hat S. einen Apparat konstruiren lassen (bei Leiter in Wien), welcher — nach dem Princip der Trendelenburg'schen Kanüle gearbeitet — im Stande ist, selbstthätig die injicirte Flüssigkeit in der Harnröhre zurückzuhalten. **Jadassohn** (Bern).

38) **C. Horváth.** Isolirte primäre Gonorrhoe der para-urethralen Gänge.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 1.)

Während isolirte Gonorrhoe präputialer Drüsengänge schon wiederholt beobachtet wurde, scheinen eigentlich para-urethrale Gonorrhoen ohne Infektion der Harnröhre bisher nicht veröffentlicht worden zu sein. Verf. hat Gelegenheit gehabt, 2 solcher Fälle zu untersuchen; beide Male handelte es sich um Hypospadiaci. Bei dem einen Pat. lag der gonorrhoisch inficirte Gang neben der blinden Mündung an der Spitze der Glans; bei dem anderen war zuerst nur ein, dann auch noch ein zweiter Gang in den »Labienresten« der Harnröhre inficirt; einer dieser Gänge kommunicirte sogar mit der Harnröhre, und trotzdem blieb diese gesund. Diagnostisch haben solche Erkrankungen natürlich eine sehr große Bedeutung.

Jadassohn (Bern).

39) E. Finger. Kasuistische Beiträge zur Bedeutung der Prostatitis gonorrhoica glandularis.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 210. Festschrift für F. J. Pick.)

Der prostatische Drüsenkatarrh kann nach F. entweder ohne oder mit Betheiligung des periglandulären Gewebes auftreten. Die Mastdarmuntersuchung gestattet nicht, diese Processe auszuschließen; nur die mikroskopische Untersuchung des Prostatasekrets kann die Diagnose sichern; sie führt nach den Untersuchungen Pezzoli's zu dem Resultat, dass solche Komplikationen bei der akuten und chronischen Gonorrhoe außerordentlich häufig sind. (Ob der Procentsatz von 80% nicht auch dadurch zu Stande gekommen ist, dass bei der Gewinnung des Prostatasekrets die Entzündungsprodukte der Harnröhre mit zur Untersuchung kommen? Ref.) Es ist jetzt schon selbstverständlich, leider aber von den Ärzten im Allgemeinen nicht genügend beachtet, dass bei der Ertheilung des Ehekonsenses die Expression der Prostata und die sorgfältige Durchsuchung ihres Sekrets vorzunehmen ist. Das wiederholte Recidiviren scheinbar geheilter Gonorrhoe kann, wie F. an einem eklatanten Beispiel erörtert, auf eine solche Prostatitis zurückzuführen sein; denn diese verläuft oft genug ganz latent. Auch 2 Fälle, in denen die für gesund erklärten Männer ihre jungen Frauen durch eine Prostatagonorrhoe inficirt haben, werden berichtet; der Urin soll bei diesen Pat. ganz fädenfrei gewesen sein; eine Re- resp. Superinfektion von Seiten der erkrankten Frauen hat bei ihnen nicht stattgefunden. (Ref. muss gestehen, dass er einen Fall von Prostatagonorrhoe, bei dem die Harnröhre auch ohne Therapie wirklich ganz entzündungsfrei gewesen sei, noch nicht gesehen hat.) Wichtig für die Praxis ist auch, dass von solchen latenten Prostatitiden recidivirende Epididymitiden ausgehen können, und dass nach dem Einsetzen der letzteren die Urethritis recidiviren kann. In einem solchen Falle F.'s fand sich ein bisher nicht beschriebenes Bild von Epididymitis und Funiculitis, indem die Schwellung des Nebenhodens aus 3, durch tiefe Einschnürungen getrennten Knoten bestand, und der Samenstrang eine ganze Reihe spindelförmiger Knötchen darstellte. (Die Erkrankung war als Tuberkulose aufgefasst worden.) Die Prostatitis kann ferner, wie F. ebenfalls in einem Falle nachweisen konnte, eine Hämospermie bedingen. (Die Samenblasen waren bei diesem Pat. gesund, das Prostatasekret hämorrhagisch.)

Therapeutisch benutzt F. vor Allem die Massage der Prostata mit dem von Pezzoli modificirten Feleki'schen Instrument; nach der Massage instillirt er Argentum- und Kupferlösung in der Hoffnung, dass nach der Sekretentleerung der Prostata etwas von diesen Flüssigkeiten in die Ausführungsgänge eindringen kann; er empfiehlt ferner starke Sonden und den Psychrophor.

Jadassohn (Bern).

40) C. Fuchs. Zur Kenntnis der Spermatocystitis gonorrhoica und ihre Beziehungen zur Überwanderung von Bakterien aus dem Darm in die Blase.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLV. Hft. 1.)

Die gonorrhoische Entzündung der Samenblasen ist erst in letzter Zeit eingehender berücksichtigt, der Nachweis von Gonokokken im Samenblaseninhalt nur sehr selten erbracht worden. Desswegen sind die beiden Fälle, über die F. aus der Praxis von Ehrmann berichtet, recht interessant. Bei dem ersten Pat., welcher im Laufe seiner chronischen Gonorrhoe unter heftigem Tenesmus einige Tropfen Blut am Schlusse des Urinirens entleerte, waren beide Samenbläschen deutlich verhärtet und schmerzhaft; im Urin fanden sich wurstförmige gelatinöse Gebilde (sagoähnlich) und in diesen haufenweise nach Gram entfärbbare Diplokokken, die sich weiterhin auch bei der Kultur als Gonokokken erwiesen. Daneben wurden Cylinder- und Becherzellen, wie sie in den Samenblasen vorkommen, und dem Bacterium coli ähnliche Mikroorganismen konstatirt. In einem 2. Falle waren in lehmartigem Urin massenhafte Spermatozoen, membranartig zusammen-



hängende Cylinderepithelien und große Mengen von Bacterium coli neben spärlichen Gonokokken vorhanden; auch hier Schwellung der Samenbläschen.

Aus diesen Befunden ergiebt sich einmal, dass die Gonokokken im Sekret der Samenbläschen gut wachsen können; dann aber scheint aus ihnen hervorzugehen, dass auch durch die Samenblasen eine Einwanderung von Bakterien aus dem Darm in den Urogenitaltractus zu Stande kommen kann, sei es auf dem Wege der Gewebsspalten, sei es durch eine direkte Kommunikation. **Jadassohn** (Bern).

41) **Monteux et Lop.** Phlébite blennorrhagique.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Mai.)

Die Phlebitis der Saphena ist nicht im direkten Zusammenhang mit der Blennorrhoe entstanden, sondern am 6. Tage einer Arthritis des gleichseitigen Fußgelenks, welche ihrerseits als Folge einer Tripperinfektion aufzufassen ist. Bemerkenswerth für die Entstehung der Fußgelenkentzündung so wie der Phlebitis ist jedenfalls, dass der 20jährige Kranke in den ersten 14 Tagen seiner Trippererkrankung Excesse mit dem Zweirad und in Spirituosen machte.

W. Sachs (Mülhausen i. E.).

42) **Ferria.** Sulle lazerazioni uretrali da fratture del bacino.

(Gazz. med. di Torino 1898. No. 30.)

F. empfiehlt bei Zerreißungen der Harnröhre in Folge von Beckenfraktur, keine Zeit mit Blasenpunktionen zu verlieren, sondern sobald der Shock es gestattet, vom Damm aus zu operiren. In einem Falle, in welchem bei doppelseitigem Schamsitzbeinbruch Harnverhaltung bestand, ein großes Hämatom oberhalb der Symphyse fühlbar war und der Katheter zwar eindrang, aber nur Blut entleerte, war er zwischen Blasenruptur und Harnröhrenzerreißung zweifelhaft. Ein suprasymphysärer Schnitt legte das Hämatom frei und zeigte, dass die Blase in Folge Zerreißung der Ligg. pubovesicalia nach hinten gesunken, aber unverletzt war. Bei Blasenpunktion wäre sie vom Trokar wohl gar nicht getroffen worden. Sofort Längsschnitt am Damm; Unterbindung der blutenden Art. pudenda dextra und kleinerer anderer Äste. Das centrale Ende der Harnröhre, welches der Pars prostatica angehörte, war nicht zu finden; daher wird die Blase von oben eröffnet, der retrograde Katheterismus ausgeführt, wodurch das Ende sichtbar wird, und über einem eingelegten Nélatonkatheter die beiden Stümpfe zusammengenäht. Drainage etc., lange Verweilkatheter. Glatte Heilung, so dass nach 1 Jahre kein Zeichen einer Striktur besteht. F. bezieht dies auf das Fehlen kavernösen Gewebes an der Rissstelle (?). **Pagenstecher** (Wiesbaden).

43) **Lieblein.** Ein weiterer Fall von Steinbildung in einem erworbenen Divertikel der männlichen Harnröhre.

(Prager med. Wochenschrift 1898. No. 40.)

L. vermehrt die Kasuistik von Steinbildung in erworbenen Harnröhrendivertikeln um einen neuen Fall. In der Litteratur fand L. nunmehr 14 Fälle, unter denen 1 von ihm selbst vor Kurzem beschrieben worden ist (cf. das Referat im Centralblatt 1897 p. 237). Der jüngste Fall betraf einen 43jährigen Kohlenarbeiter, der vor Jahresfrist eine Hodenverletzung erlitten hatte. An der Stelle der Verletzung bildete sich ein fistulöses Infiltrat von auffallender Härte. Die Operation förderte einen walnussgroßen hellbraunen Stein zu Tage, der in einem Divertikel der Harnröhre saß. Letzteres exstirpirte L. 4 Wochen später, nachdem die Wunde sich gereinigt hatte und der Anfangs trübe Harn wieder klar geworden war. Völlige Heilung. **Jaffé** (Hamburg).

44) **Pendl.** Beitrag zur Kasuistik der Harnröhrensteine.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 35.)

Unter Harnröhrensteinen im engeren Sinne versteht P., in Übereinstimmung mit Lieblein, solche, die nicht die Harnröhre nur passirt und ohne Veränderung



kurze Zeit dort geweilt haben, sondern welche in der Harnröhre entstanden sind oder bei längerem Aufenthalt daselbst entweder selbst einen Umwandlungsprocess durchmachten oder zu durchgreifenden Veränderungen des sie einbettenden Gewebes führten.

Es werden 2 dahin gehörige, auf der Hofmokl'schen Abtheilung in Wien beobachtete Fälle mitgetheilt.

Der 1., mit etwas unklarer Ätiologie, saß 10 cm hinter dem Orificium externum. Daneben bestand Urininfiltration. Urethrotomia externa zur Entfernung des Steines, so wie Incision in der Linea alba bis zur Symphyse. Heilung mit Fistelbildung in der Harnröhre. Der 2. Fall, in welchem der Stein sich in der Pars membranacea befand, neben weiteren 3 in der Blase gelegenen, wurde durch Sectio alta geheilt. (Der Harnröhrenstein wurde von Assistentenhand vom Mastdarm aus aus einem Divertikel in die Blase gedrückt.) Verf. empfiehlt letzteres Verfahren in den Fällen, wo es geeignet ist, zur Vermeidung von Perinealfisteln.

Hübener (Breslau).

45) **A. v. Frisch.** Soor der Harnblase.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 39.)

64jährige Frau leidet an hochgradiger Cystitis. Die cystoskopische Untersuchung der Blase ergiebt folgenden Befund: die Schleimhaut zeigt in ihrer ganzen Ausdehnung eine fleckige Röthung. Hier und da haften an lebhaft gerötheten Inseln, namentlich in der Gegend der Harnleitermündungen, hanfkorngroße, weißliche Massen, welche nicht den Eindruck der bekannten eitrigen Beläge, geschwüriger Flächen machen, sondern sich durch ihre Form so wie durch ihre blendende Weiße davon charakteristisch unterscheiden. Pneumaturie. Urin enthält Spuren von Albumen und 4% Zucker. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass die ungemein zahlreichen körnigen Gebilde im Harn aus dicht geflochtenen Pilzmycelen bestehen. Daneben Bacterium coli. Paltauf konnte die Natur der ersteren als dem Soor zugehörig nachweisen.

Es ist dies der erste zur Beobachtung gelangte Fall von Soorerkrankung der Blase.

Hübener (Breslau).

46) **M. Pavone.** Ein Fall von Rhabdomyom der Blase.

(Policlinico 1898. Juni 15.)

Die 22jährige Pat. erkrankte mit Hämaturie, die sich von Zeit zu Zeit wiederholte. Dazu gesellten sich bald Schmerzen, starker Harndrang und Erschwerung der Urinentleerung. Die letztere steigerte sich zu völliger Retention, so dass Pat. katheterisirt werden musste; dabei wurden fleischähnliche Gebilde entleert, der Urin enthielt Spuren von Eiweiß und Eiter. Mit dem Cystoskop ließ sich eine mandelförmige, gestielte Geschwulst dicht hinter dem Blasenhals nachweisen; 3 andere Geschwülste von Bohnengröße saßen in der Nachbarschaft. Die mikroskopische Untersuchung eines von der Kranken entleerten Stückchens ergab die Zusammensetzung aus quergestreiften Muskelfasern, also ein Rhabdomyom. Die Operation wurde in der Weise ausgeführt, dass nach leichter Incision des Orificium urethrae die Harnröhre instrumentell erweitert wurde (bis auf Fingerbreite), und von hier aus die gesammte Neubildung mit verschiedenen Instrumenten entfernt; die Blase wurde 2 Tage lang drainirt. Die Kranke wurde völlig geheilt. Die histologische Untersuchung der entfernten Geschwulst bestätigte die anfängliche Diagnose.

H. Bartsch (Heidelberg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

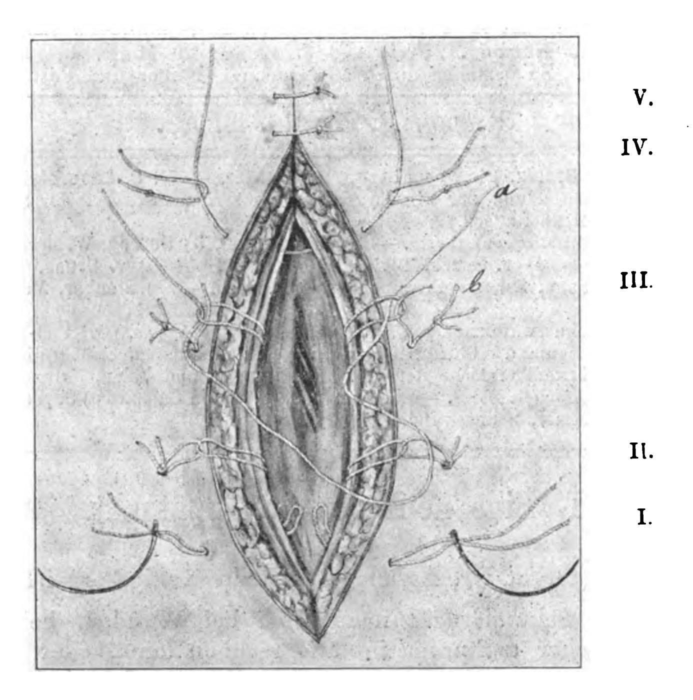
No. 4. **Sonnabend, den 28. Januar.** **1899.**

I. Eine neue Art von Spätnaht.

Von
Privatdocent Dr. **Egbert Braatz** in Königsberg i/Pr.

Dass die Sekundärnaht namentlich bei Wunden, bei welchen man nicht sicher auf prima intentio rechnen kann, oder wo wegen Blutung tamponirt werden musste, ihren großen Werth hat, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung. Man war bisher nur in einiger Verlegenheit, auf welche Weise die spätere Naht angelegt werden sollte. Am einfachsten wäre es, die Fäden gleich nach der Operation in gewöhnlicher Weise durchzulegen und ihre äußersten Enden vorläufig locker zu knüpfen. So einfach ein solches Verfahren auch wäre, so unzulänglich ist es. Es reicht höchstens aus, wenn man einmal gelegentlich einige wenige solche Nähte einlegen will. Braucht man aber 5, 6 und mehr Nähte, so entsteht leicht ein Fadengewirr, das sich beim nächsten Verbandwechsel unangenehm bemerkbar macht. Dazu kommt noch, dass die Fäden durch das bluthaltige Wundsekret trocken und hart geworden und theilweise mit der Tampongaze verbacken sind. Hat man schließlich die Fäden auch glücklich zurecht gezerrt, so reizt man beim Zuziehen der Schlinge

leicht den Stichkanal, verursacht dem Kranken Schmerzen. Wohl in Folge aller dieser Unbequemlichkeiten hat man denn vorgezogen, die Operirten lieber noch einmal nach einigen Tagen von Neuem zu chloroformiren und die Sekundärnaht in Narkose anzulegen. Eine so bald wiederholte 2. Narkose ist aber nicht nur für den Kranken sehr unangenehm, sondern hat oft auch noch andere Bedenken. Z. B. nach Nierenexstirpation. Hier hat die einzige zurückgebliebene Niere durch die veränderte Thätigkeit mit ihren größeren Ansprüchen ohnehin manchmal eine Probe zu bestehen. Dazu kam noch die 1. Narkose mit ihrer Nierenreizung durch Chloroform, die allein für sich schon nicht selten Albuminurie etc. nach sich zieht.



Wer kann da sicher sagen, dass die eine Niere dann im Stande sein wird, noch eine abermalige Chloroformreizung ohne Nachtheil zu überstehen?

Dann hat Schleich seine Infiltrationsanästhesie auch hierfür vorgeschlagen. Gewiss wird man einem Kranken eher eine Lokalanästhesie als eine nochmalige Narkose zumuthen, wenn auch ein durch die Operation geschwächter und aufgeregter Kranker im Ganzen kein günstiger Fall für Infiltrationsanästhesie ist. Dazu kommt noch ein weiterer Übelstand. Schon bei dem Nähen unter wiederholter Narkose sind die einzelnen Gewebsschichten der Wunde nicht mehr zu erkennen, wenn seit der Operation auch nur einige Tage vergangen sind. Die Wundfläche ist dann von den alle Kontouren verwischenden Granulationen überzogen. Noch mehr ist dies aber der

Fall bei der Infiltrationsanästhesie, bei welcher diese schwammigen Gebilde noch mehr aufgeschwemmt sind.

Das von mir angewandte Verfahren[1] vermeidet alle die geschilderten Nachtheile. Es besteht in Folgendem: Es werden doppelte Fäden in die Nadel gezogen und so durch die Wundränder geführt, dass die Schlinge innen in die Wunde, die beiden freien Enden des doppelten Fadens außen auf die Haut zu liegen kommen (I der Fig.[2]). Dann wird die Schlinge klein gezogen, das eine Fadenende durch dieselbe hindurch geführt und nur so weit zusammengezogen, dass die Schlinge eben locker und bequem um den Wundrand liegt. Die beiden Fadenenden werden nun zusammengenommen, durch einen Knoten geschlossen und kurz abgeschnitten. So haben wir jetzt den geschlossenen Fadenring (II der Fig.), der so lange liegen bleiben soll, bis man ihn zur Vollendung der Spätnaht braucht. Die Wundränder werden jetzt aus einander gezogen, die Wunde nach Wunsch tamponirt, ohne dass man mit Fäden in Kollision kommt. Will man nun nach 2, 4 oder mehr Tagen die Wunde durch die Naht schließen, so führt man durch die Schlingen die Enden eines neuen Fadens (III *a*), zuerst auf der einen, dann auf der gegenüberliegenden Seite. Dann durchschneidet man die geknüpften Schlingen (bei III *b*) und zieht mit Hilfe der Fadenschlinge die Enden des Nahtfadens durch den Stichkanal von innen nach außen (IV der Fig.) und schließt ihn zur Naht (V).

Einige kleine Vorkehrungen können diese Nahtanlegung dem Pat. und dem Arzt angenehmer machen. Man verwende zur Schlussnaht nur einen Faden, der nicht dicker, sondern nur eben so stark ist, als derjenige der 1. Schlinge. Ferner lege man jenen Faden vor dem Gebrauch in steriles Wasser; denn der Faden legt sich besser zusammen und ist geschmeidiger und reizt beim Durchziehen weniger, wenn er nass ist, obgleich der Stichkanal durch das Liegenlassen der Schlinge geräumiger geworden ist. Als einen besonderen Vortheil bei meiner Sekundärnaht sehe ich die Möglichkeit an, Fadenschlingen gleich bei der Operation anzulegen, wo man noch gut alle Gewebsschichten in der Wunde erkennen kann. Legt man eine Sekundärnaht erst später an, so wird man öfters genöthigt sein, die Fäden zu oberflächlich zu legen, um in der granulationsbedeckten Tiefe nicht Gefäße, Peritoneum u. A. m. zu verletzen. Dieses zu oberflächliche Anlegen der Nähte hat demnach ein geringeres Aneinanderlegen der Wundränder und so auch eine weniger haltbare Narbe zur

---

[1] Kurz erwähnt habe ich dasselbe bereits in meiner Arbeit »Zur Nierenexstirpation« Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLVIII, p. 75, gelegentlich der Exstirpation einer Hydronephrose, wo es am 18. Februar 1898 zum ersten Mal zur Anwendung gekommen ist. Seither habe ich dieses Nahtverfahren noch vereinfacht. Auch ist zu seinem schnelleren Verständnis eine veranschaulichende Abbildung nothwendig, welche jener meiner ersten Erwähnung fehlte. (Vgl. dieses Blatt 1898 p. 967.)

[2] Die Zeichnung verdanke ich der bewährten Kunst Herrn Dr. Simanski's, Assistenten am hiesigen hygienischen Institut.

Folge. Ein Blick auf die (schematische) Abbildung zeigt, wie leicht man diesen Übelstand vermeiden kann.

II. Die Uhrfeder und ihre Verwendung zur Einführung der Gigli'schen Säge bei der Schädeltrepanation.

Von

Oberarzt Dr. **Carl Lauenstein** in Hamburg.

In No. 8 Jahrg. 1898 d. Bl. habe ich die Uhrfeder empfohlen, um die Gigli'schen Säge von einem Bohrloch zum anderen hindurchzuführen. Die Uhrfeder hat auch wirklich vor allen anderen für diesen Zweck empfohlenen Instrumenten gewisse Vorzüge. Aber nach dem Grundsatz: »Das Bessere ist des Guten Feind« weise ich heute auf eine wesentliche Verbesserung der Uhrfeder zu diesem Zweck hin.

In einem Falle von Hirnabscess, im Bereich des rechten Frontallappens, den ich kürzlich zu eröffnen hatte, gelang es mir nicht, unter sämmtlichen Knochenbrücken die Uhrfeder hindurchzuführen. Ich musste dies darauf schieben, dass das Hirn unter einem sehr hohen Druck stand. Als der Schädel aufgeklappt worden war, zeigte sich die Dura äußerst gespannt und bot keine Spur von Pulsation. Nach ihrer Eröffnung quoll das Hirn so stark vor, dass es sofort den gesetzten Schädeldefekt ausfüllte, um erst nach Entleerung des großen Abscesses wieder einzusinken.

Ich glaube, dass hier die Dura durch die intracerebrale Druckerhöhung so stark gegen die Tabula vitrea angedrückt war, dass dadurch das Vorschieben der Uhrfeder zwischen Dura und Schädel erschwert resp. verhindert wurde.

Dies Erlebnis brachte mich auf den Gedanken, das eine Ende der Uhrfeder mit einer kleinen Rolle zu versehen, ähnlich angeordnet, wie das Rad einer Schiebkarre, doch so, dass das Röllchen etwas nach der Konkavität der Feder zu gerichtet ist.

Diese Veränderung der Uhrfeder, die jede Reibung ihrer eingeführten Spitze gegen die Innenfläche des Schädels aufhebt, erleichtert in der That, wie ich mich an der Leiche überzeugt habe, das Hindurchführen der Uhrfeder ganz außerordentlich. Sie bietet außerdem noch den weiteren Vortheil, dass das mit dem Röllchen armirte Ende der Uhrfeder, sobald es beim Vorschieben das nächste Bohrloch erreicht hat, in dasselbe einspringt und so der die Feder führenden Hand des Operateurs ein willkommenes Zeichen giebt, dass das nächste Bohrloch erreicht ist.

Ist der Schädel sehr dick, wie es zuweilen vorkommt, so kann man sich die Einführung der Uhrfeder noch dadurch erleichtern (eine Auskunft, auf die mein jetziger Assistent an Bethesda, Herr Dr. Zander, mich aufmerksam gemacht hat), dass man mit einem

schmalen Hohlmeißel das Bohrloch an seiner der Einführung entgegengesetzten Seite so abschrägt, dass die Uhrfeder mehr in der Horizontalebene eingeführt werden kann.

Ich möchte daher die »verbesserte« Uhrfeder aufs Neue allen den Herren Kollegen empfehlen, die mit Hilfe der Gigli'schen Säge die Trepanation ausführen.

Mir hat der hiesige Instrumentenmacher Herr Leonh. Schmidt, Neuerwall No. 60, die Uhrfeder in der oben angegebenen Weise verändert; jedoch wird jeder Instrumentenmacher ohne Weiteres die Uhrfeder so umgestalten können.

---

1) **Heinze.** Experimentelle Untersuchungen über Infiltrations-Anästhesie.

(Virchow's Archiv Bd. CLIII. p. 466.)

Da »bisher keine als gleichmäßige Grundlage für praktische Zwecke verwendbare vergleichende Werthprüfung der einzelnen Anästhetica unter sich und in ihren verschiedenen Koncentrationen und Lösungen existirte«, so hat auf Veranlassung und unter Leitung von H. Braun, Leipzig, Verf. die Wirkung der verschiedensten zur Infiltrationsanästhesie empfohlenen Stoffe geprüft. Haupterfordernisse eines Anästheticums seien:

1) Volle anästhesirende Kraft von genügend langer Zeitdauer.

2) Keine bei der Applikation oder später auftretende Schmerzempfindung.

3) Fehlen jeder irgend wie schädlichen Nebenwirkung.

Um einen richtigen Maßstab zur vergleichenden Werthprüfung der gebräuchlichen Infiltrationslokalanästhetica und zur Feststellung ihrer Grenzwerthe zu haben, stellte H. die Versuche an sich und an Herrn Dr. Braun an. Er hält sich dabei bezüglich der Applikationsmethode genau an die Schleich'schen Vorschriften. Demgemäß wurden die Injektionen nicht subkutan, sondern endermatisch gemacht. Nur unmittelbar hinter einander gemachte Versuche wurden zu einer Versuchsreihe zusammengestellt und die Versuche zu verschiedenen Zeiten wiederholt. Verf. injicirte stets die gleiche Menge Flüssigkeit in die Cutis des Vorder- und Oberarms, so dass eine etwa linsengroße Quaddel entstand, registrirte die bei der Injektion auftretenden Empfindungen, prüfte die an der Quaddel entstehenden Veränderungen mit feinen Nadelstichen, beobachtete gleichzeitig ihre Dauer mit der Uhr und zeichnete das ebenfalls auf. Die zur Injektion benutzten Lösungen hatten stets Körperwärme. Zunächst wurde Chlornatrium und im Anschluss an seine niedrigsten Koncentrationen Aqua destillata geprüft. Aus dieser Versuchsreihe ist hervorzuheben, dass eine 0,8%ige Lösung, also eine den Zellsäften isotonische Koncentration weder Schmerzen bei der Injektion noch Veränderungen der Sensibilität hervorrief; auch verschwand die dadurch gebildete Quaddel sehr rasch. Das Chlornatrium übt also keinen specifischen Einfluss



auf die Nerven aus; dieser Einfluss ist nur bedingt durch die Koncentration der Lösung. Geringere Koncentrationen, wie 0,6%, machten wieder leichten Injektionsschmerz, noch geringere setzten dann auch die Sensibilität herab. Als ein ganz schlechtes Anästheticum erwies sich Aqua destillata; denn die Injektion war äußerst schmerzhaft, und die Quaddel hinterließ eine oft Tage lang andauernde, schmerzhafte Infiltration. Es ist dies wohl die Folge einer starken Quellung des Gewebes. Um also diese störenden Begleiterscheinungen zu vermeiden, muss bei allen wässrigen Lösungen diese Quellung bewirkende Eigenschaft des Wassers ausgeschaltet werden. Weiterhin wurden Saccharum, Bromkalium, Methylviolett, Methylenblau, Coffeïnum, Acidum carbolicum, Cocainum muriaticum, Morphinum muriaticum, Schleich'sche Lösung I, II und III, Formanilid, Acetanilid, Antipyrin, Guajakol, Oleum olivarum purissimum, Guajacyl, Eucainum A und B, Orthoform, Anesin, diese alle meist auch in physiologischer Kochsalzlösung geprüft. Daraus erkennt man, dass die angestellten Versuche an Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig lassen, auch sind die daraus gezogenen Schlüsse überzeugend und haben Anspruch auf allgemeine Beachtung, obgleich sie von den meisten der von Schleich erzielten Resultate sehr stark abweichen. Aus den Versuchen geht hervor, dass das Cocain in Bezug auf nervenlähmende Wirkung und Reizlosigkeit das beste Mittel ist und ihm in dieser Beziehung nur das Eucain B gleichkommt, welch letzteres aber, da es durch beliebig oft wiederholtes Kochen nicht zersetzt wird, jenem noch überlegen ist. Als einziges Mittel zur Infiltrationsanästhesie empfiehlt Verf. daher die folgende Lösung:

Eucain B 0,1,
Kochsalz 0,8,
Wasser 100,0.

Der anästhesirende Faktor darin ist nur das Eucain. Der Kochsalzzusatz hat nicht den Zweck, welchen Schleich damit zu erreichen fälschlich glaubte, Anästhesie hervorzurufen, sondern dient nur dazu, die oben erwähnte quellende Wirkung des Wassers auszuschalten.

Fr. Pels Leusden (Göttingen).

2) **Freudenthal.** Eine Modifikation des Verfahrens von Laborde zur Wiederbelebung bei tiefer Asphyxie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 608.)

F. kam bei der Asphyxie eines Zwecks Incision eines Halsabscesses chloroformirten Phthisikers auf den Gedanken, die Epiglottis zu kitzeln. Während bei herabhängendem Kopf der Mund mittels Sperre aufgehalten war, wurde der Zeigefinger schnell an der Epiglottis vor- und rückwärts bewegt. Nach kurzer Zeit machte der Pat. eine Schluckbewegung, und dann athmete er, um nach etwa 2 Minuten wieder damit aufzuhören. Ein abermaliges Kitzeln hatte denselben günstigen Erfolg, der auch zum 3. Mal nicht versagte, worauf Puls und Respiration normal blieben.

Das Laborde'sche Verfahren besteht bekanntlich in rhythmischen Traktionen an der Zunge. F. glaubt, dass seine Wirksamkeit im Wesentlichen auf der hiermit zu Stande kommenden Friktion der Epiglottis beruht, deren sensible Nerven (vorn der Glossopharyngeus, hinten der Laryngeus superior), hierdurch gereizt, reflektorisch-motorisch die Muskeln des Herzens und der Athmung in Gang bringen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

3) S. W. Herzog. Zur Beurtheilung einiger Wiederbelebungsmethoden bei Scheintod im Verlauf allgemeiner Narkosen.

(Wratsch 1898. No. 44 u. 45. [Russisch.])

Auf Grund von Versuchen an Hunden (Chloroformiren bis zum Stillstand des Herzens, darauf sofort oder nach $^1/_4$—1 Minute Einblasen von Luft durch eine Tracheotomiewunde oder durch einen in die Luftröhre eingeführten Katheter) schließt Verf.: 1) Das Einblasen von Luft ist sehr erfolgreich bei Stillstand des Athems (und fortdauerndem Puls) und nützt nichts bei Herzlähmung. 2) Das Einblasen kann mit gleichem Erfolg durch den Katheter oder durch die Tracheotomiewunde ausgeführt werden, nur ist ersteres leichter, ohne Verwundung möglich und reizt gleichzeitig das Respirationscentrum.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

4) v. Bruns. Über die Wirkung der Bleispitzengeschosse (Dum-Dum-Geschosse).

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 3.)

Über diese Arbeit liegt ein ausführlicher Selbstbericht in der Beilage zu No. 26 (1898) p. 38) vor. Ich komme auf die Originalarbeit nur desshalb noch einmal zurück, weil sie den Anschauungen voll beitritt, die vor fast 25 Jahren Busch und Ref. zur Erklärung ähnlicher Wirkungen der Chassepotgeschosse bei Schüssen auf kürzeste Entfernung äußerten, dass nämlich in Folge der enormen Steigerung der Anfangsgeschwindigkeit Bleigeschosse, wenn sie in ihrem Fluge plötzlich gehemmt werden, selbst zu Explosivgeschossen werden: eine Ansicht, die damals nur von wenig Seiten Zustimmung fand. Allerdings konnten wir nicht so augenfällige Beweise geben, wie sie die Engländer mit den Dum-Dum-Geschossen und dann v. B. durch seine exakten Vergleichsschüsse zwischen diesen und den sonst ganz gleich gestalteten, gleich schweren, mit gleicher lebendiger Kraft ausgerüsteten, aber auch an ihrer sich verjüngenden soliden Spitze gepanzerten Geschossen haben geben können. Mussten diese doch noch um so zwingender auftreten, als die Fluggeschwindigkeit der neuen Geschosse die des Chassepotgeschosses um etwa 50% übertrifft — d. h. dass ceteris paribus einem gleichen Widerstand gegenüber die Kohäsion des Bleis nur noch weit mehr geschwächt wird —, die nicht gefesselte Bleimasse also noch weit leichter als damals

aus einander sprühen und so kolossale Platzwirkungen hervorrufen konnte, wie sie das Chassepot niemals gezeigt hatte, weil endlich die Röntgenstrahlen uns jetzt gestatten, diese Wirkung in dem unveränderten Schusspräparat zu erkennen und uns davon zu überzeugen, wie das aussprühende Blei im Stande ist, den es zum Theil umhüllenden Panzer in die kleinsten Stückchen zu zerreißen, noch gewaltiger, als Kocher es bei seinen Schießversuchen gegen Bleiplatten gesehen und abgebildet hat. Diese Verhältnisse und ihre Erklärung dürften fortan wohl nicht mehr beanstandet werden.

Richter (Breslau).

---

5) **v. Bruns.** Über die Wirkung der neusten englischen Armeegeschosse (Hohlspitzengeschosse).

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII.)

Die Engländer benutzen ihre außereuropäischen Kriege, um die Wirkung neuer Geschosse — bei übrigens unverändertem Lee-Metford-Gewehr — am Lebenden zu erproben. Bei den Kämpfen gegen die indischen Grenzstämme verwendeten sie die Dum-Dum-Geschosse, bei dem Zug gegen die Derwische in Oberegypten rüsteten sie die Truppen wieder mit einem anderen Geschoss aus, auch jetzt in der Absicht, jeden getroffenen Gegner sofort außer Gefecht zu setzen, was bei den vollgepanzerten früheren Lee-Metford-Geschossen nicht der Fall war. Das neue Geschoss gleicht dem alten durchaus in Kaliber, Gestalt, Länge, Gewicht und in der Zusammensetzung aus einem Bleikern und Nickelpanzer; aber in sein vorderes, konisches Ende ist ein cylindrischer Hohlraum von 2 mm Weite und 9 mm Länge hineingestanzt, der an der Spitze nach außen mündet und so ebenfalls bei dem Auftreffen auf das Ziel dem Blei die Möglichkeit giebt, sich aus der Nickelhülle herauszudrängen, wobei letztere zerreißt. Wie mit dem Dum-Dum, so hat auch mit diesen Hohlspitzengeschossen und einem Originalgewehr v. B. Schießversuche gegen Holz, Stahl, Thon, Wasser, ein lebendes Pferd und gegen menschliche Leichentheile angestellt, nachdem er sich vorher davon überzeugt hatte, dass das englische Armeegewehr mit Hohlspitzengeschoss annähernd dieselben ballistischen Schießleistungen zeigt, wie das deutsche Infanteriegewehr mit Vollmantelgeschoss, dass also die Höhlung in der Spitze des Geschosses den Luftwiderstand nicht erheblich vermehrt.

Nach Wiedergabe der einzelnen Schießergebnisse und Erläuterung einiger durch vorzügliche Abbildungen — auch der Skiagramme — wiedergegebener Präparate fasst v. B. die allgemeinen Ergebnisse seiner Versuche genauer zusammen. Das Hauptresultat ist dies, dass das Hohlspitzengeschoss sich bei Nahschüssen außerordentlich leicht bis zu völligen Zerspritzungen deformirt, und dabei sein Mantel vielfache Zerreißungen mit Verdrehungen und Umbiegungen der einzelnen Nickelfetzen erfährt. Die größten Deformirungen aber erleidet es bei Schüssen in feuchte und flüssige Stoffe — feuchten Thon, Wasser —, wobei Mantel und Kern in kleine und kleinste Frag-

mente zertrümmert werden, wie v. B. meint, weil im Moment des Auftreffens die in der Höhlung abgesperrte Luftsäule und das eindringende Wasser einem so außerordentlich hohen Druck ausgesetzt werde, dass das Geschoss explodire. Folge dieser Deformirbarkeit ist natürlich eine geringere Durchschlagsleistung der Hohlspitzengeschosse, aber eine größere Seitenwirkung, d. h. eine größere Zerstörung im Ziel. Verglichen mit den Dum-Dum-Geschossen erleiden — wie leicht erklärlich — die Hohlspitzengeschosse in festen Stoffen eine geringere Deformirung, dagegen eine ungleich stärkere in Flüssigkeiten, in denen das erstere nur stark gestaucht wurde, größtentheils aber seinen Zusammenhang behielt, während wie gesagt Mantel und Kern des letzteren in kleine und kleinste Theile zertrümmert wurden. Bei Nahschüssen auf undurchdringliche Stahlplatten, bei denen sich auch die Vollmantelgeschosse vollständig deformiren, zeigten diese, die Dum-Dum- und die Hohlspitzengeschosse fast die gleiche Wirkung. Im menschlichen Körper zeigen die reinen Weichtheilschüsse an den Extremitäten auf nächste Entfernung schwerere Zerstörungen als bei Vollmantelgeschossen, die indess die gewaltige Zerstörung der Bleispitzen- (Dum-Dum-) Geschosse lange nicht erreichen; schon auf 200—400 m lässt die ausgesprochene Sprengwirkung in den Weichtheilen erheblich nach, auf 600 m Entfernung ist sie ganz erloschen. Dagegen ist die Wirkung bei mit Flüssigkeit gefüllten Hohlorganen — z. B. dem Herzen des lebenden Pferdes — eine so enorm starke, wie sie bisher kaum beobachtet ist; auch auf 400 m Entfernung bewährte sich diese Sprengwirkung gegenüber der wenig gefüllten Harnblase einer menchlichen Leiche. — Knochenschüsse sind auf nächste Entfernung ungleich schwerer als die durch Vollmantelgeschosse, annähernd gleich schwer wie die durch Bleispitzengeschosse veranlassten, das Geschoss dabei immer in kleine Fragmente zertrümmert; die Ausschussöffnungen bilden handtellergroße Defekte mit zerfetzten Rändern, aus denen Muskel- und Sehnenfetzen nach außen heraushängen. Sie sind dadurch entstanden, dass die Haut in 2—3—4—6 Längsrissen aufgeplatzt ist, und die hierdurch entstandenen Hautstreifen noch quer durchtrennt und theilweise nach außen fortgeschleudert sind. Die Splitter der nicht gerade besonders ausgedehnt zerschmetterten Knochen sind zahlreicher und kleiner und werden reichlicher in die Ausschussstrecke und aus ihr hinausgeschleudert, als bei den Vollmantelschüssen. Auch noch auf 200 bis 400 m Entfernung sind die Knochenschüsse durch Hohlspitzengeschosse schwerer, als die durch Vollmantelgeschosse, von 600 m Entfernung kaum mehr, auf noch weitere Entfernung aber vielleicht sogar geringer, und es steht fest, dass, wenn das Hohlspitzengeschoss aus der Nähe sehr grausame Verletzungen erzeugt, es außer Stande ist, 4—5 Gegner hinter einander, so wie starke Deckungen zu durchschlagen.

Richter (Breslau).

---

6) **C. N. Senn.** Recent experiences in military surgery after the battle of Santiago.

(New York med. record 1898. Juli 30.)

Der Bericht von S. enthält interessante Mittheilungen über Verwundungen in der Schlacht bei Santiago, welche Verf. als Chefarzt an Bord des Hospitalschiffes »Relief« (bis 14 Tage nach der Schlacht) gesammelt hatte. Die Erfahrung in Cuba bestätigt, dass das kleinkalibrige Geschoss selten Infektion verursacht; die meisten Weichtheilwunden, so weit sie durch viscerale Verwundungen nicht in sich selbst die Infektionsquelle trugen, heilten in außerordentlich kurzer Zeit. Wenn eine Infektion folgte, so trat diese gewöhnlich in den oberflächlichsten Partien ein im Zusammenhang mit der Haut, häufiger an der Ausschussöffnung, wegen der bekannten, im Vergleich zum Eingangskanal ungünstigeren lokalen Verhältnisse; die tiefen Gewebe waren selten in solchen Fällen mit inficirt. Verf. glaubt, dass einige in Eiterung übergegangene komplicirte Frakturen so inficirt wurden, dass eine oberflächliche Infektion sich zur Frakturstelle hin ausbreitete.

Die Ursachen schwerer Wundinfektionen lassen sich kritisch hauptsächlich nach 3 Richtungen hin sichten, 1) unzweckmäßiger erster Verband, 2) ungenügender erster Verband, 3) unnöthiger Verbandwechsel. Die Militärärzte waren in Folge der schnellen (?) Mobilmachung und der unerwarteten Anzahl von Verwundungen mangelhaft ausgerüstet. Die meisten Verbände waren zu klein und nicht genügend befestigt, um während des Transports der Verwundeten von der Front in die Feldhospitäler auszureichen. Hauptsächlich war nicht genug für Immobilisation der verletzten Theile und nöthige Wundruhe gesorgt; bei Schusswunden der Extremitäten war der Gips zu wenig benutzt worden. Es herrschte Verbandstoffmangel, und die vorhandenen Verbände waren zu klein.

Der Transport der Pat. von einem Chirurgen zum anderen konnte nicht vermieden werden, wodurch sich ein unnöthiger Verbandwechselturnus einstellte. Gewöhnlich wurden die vom Truppenverbandplatz zum Feldhospital gebrachten Pat. einem Verbandwechsel unterworfen, und wenn sie wenige Tage später das Haupthospital zu Siboney erreichten, brachte jeder neue Chirurg einen neuen Verband mit. Die nicht so behandelten Pat. waren unzufrieden, nach der üblichen Ansicht der Laien, dass Häufigkeit des Verbindens die Schnelligkeit der Heilung günstig beeinflusse. Derartigen unsinnigen Anforderungen sei zu oft nachgegeben worden, die Militärchirurgen hätten nicht genügend die Bedeutung des ersten Nothverbandes geschätzt. In allen Fällen, deren Komplikationen nicht später operative Behandlung erheischten, sollte das Diagnosentäfelchen die überaus wichtige Instruktion enthalten, »der Verband ist nicht zu berühren, wenn nicht Symptome dies erfordern«. Diese Instruktion muss buchstäblich von allen Chirurgen später befolgt werden.

Verf. ist felsenfest überzeugt, dass das erste Verbandpäckchen ein antiseptisches Pulver enthalten muss; 4 Theile Borsäure und 1 Theil Salicylsäure gab ihm seit Jahren den besten Erfolg. Der hermetische Verschluss der Wunde durch den erzeugten Schorf wird am besten durch sterile, gut absorbirende Watte an Stelle von Gaze geschützt, weil erstere zu diesem speciellen Zweck ein besseres Filter darstellt. Ist dieser erste Verband mit Blut durchtränkt, wird dasselbe Pulver über den Verband gestäubt, und eine zweite Wattekompresse darüber gelegt. Die spätere Behandlung kann noch etwas leisten durch Ausbesserung des Verbandes und Immobilisation der verletzten Theile, aber der erste Verband bleibt, wenn nicht lokale oder allgemeine Symptome Gegenordre bringen.

Mancher unnöthige Verbandwechsel wurde durch Malaria und gelbes Fieber veranlasst, in der Annahme, dass der Eintritt von Fieber dazu berechtige, den Wundverlauf für verdächtig zu halten. In einigen Tagen klärte sich die Situation, Chinin oder die Evakuirung in das Gelbfieberhospital wurde veranlasst. Der Satz von Nussbaum, dass das Schicksal eines Verwundeten in den Händen dessen liegt, der den ersten Verband anlegt, gelte besonders für den Feldchirurgen.

Natürlich wird durch diese kritischen Bemerkungen in keiner Weise das Allgemeinurtheil über die Tüchtigkeit und Opferwilligkeit der amerikanischen Militärärzte geändert, S. spendet deren Leistungen alles Lob.

Die Wirkung der Geschosse auf die Weichtheile stellte sich folgendermaßen dar: in frischen Fällen war die kleine Einschussöffnung des Mausergeschosses von einer schmalen Zone gequetschten Gewebes begrenzt, und die Öffnung selbst entweder mit frischem oder coagulirtem Blut gefüllt. Wenige Tage später fand man eine Sugillationszone verschieden großer Ausdehnung. In Fällen, in denen dass Geschoss nicht zu tief unter der Oberfläche weiter ging, konnte man nach einigen Tagen den Wundkanal an der Verfärbung der Haut lokalisiren. In einer Anzahl von aseptischen Wundfällen, in denen das Geschoss 8 oder 10 Tage später entfernt wurde, konnte Verf. die Wirkung auf die tieferen Gewebe studiren. Stets hatten zu dieser Zeit die Gewebsschwellungen den Kanal fast ganz obliterirt. Eine dunkle Verfärbung, Überbleibsel von flüssigem oder coagulirtem Blut und eine enge Zone von Ödem und Infiltration zeigten die Richtung an. Das Geschoss selbst lag gewöhnlich in einer kleinen, mit flüssigem Blut oder Serum gefüllten Höhle, während eine stärkere Infiltrationszone die beginnende Einkapselung anzeigte. Ohne Zweifel wird das moderne Geschoss eben so oder noch leichter wie das alte Bleigeschoss einheilen. In wenigen Fällen bildete sich um dasselbe ein späterer Abscess. Überraschenderweise fanden sich in 10% aller Verwundeten die Geschosse im Körper stecken; aus ihrer Deformirung ergab sich, dass es sich um Aufschläger handelte; das Schlachtfeld war steinig, auch mit dicken Büschen und Bäumen

bedeckt. Auch begann das Feuer auf große Entfernungen. Unschädlicher als Sonde und Kugelzange dient der X-Strahl zur exakten Lokalisirung des Geschosses. Alle an Bord des »Relief« entfernten Geschosse wurden auf diesem Wege bestimmt. Ein Specialwerk von Dr. Gray wird klarstellen, wie ungemein groß der praktische Nutzen der Röntgenstrahlen für Schussfrakturen der langen Röhrenknochen ist. Jeder Chefarzt müsse einen solchen Apparat von nun an ins Feld führen.

Als Regel stellte der Wundkanal eine absolut gerade Linie dar. Es ist daher mit Sicherheit möglich, die getroffenen Organe der Reihe nach festzustellen.

Aus den einzelnen interessanten Fällen, auf welche wir im Übrigen nicht weiter eingehen können, ist Folgendes herauszuheben:

1) Kopfwunden. Der Eintritt einer Infektion markirte sich immer proportional der Intensität des Entzündungsprocesses mit einer mehr oder minder großen Cerebralhernie. Chirurgische Maßnahmen, die Infektion zu begrenzen, waren meist erfolglos. Zur Kenntnis des Verf. kam eine Anzahl solcher Verletzten, welche innerhalb 12 Tagen nach der Verwundung starben.

2) Verletzungen der Wirbelsäule. Alle Verwundeten, bei denen das Rückenmark schwerer betheiligt war, sind gestorben oder werden in nächster Zeit sterben. Septische Leptomeningitis oder Sepsis und Decubitus sind die unmittelbaren Todesursachen.

3) Schusswunden der Brust. Die schon aus früheren Kriegen bekannte Thatsache, dass bessere Aussichten vorliegen, wenn das Geschoss ganz durchgegangen ist, bestätigt sich wieder, obgleich nicht in demselben Maße wie früher, da das kleinkalibrige Geschoss Infektionsmaterial, z. B. Kleidungsfetzen, weniger in die Wunde bringt. Die Zahl derer, welche trotz schwerer Blutungen genasen, ist erheblich. Die Symptome waren sehr mild, einige Pat. blieben nur wenige Tage im Bett; in keinem Falle wurde die Pleura geöffnet, um der Blutung Herr zu werden. Es besteht kein Zweifel, dass die kleinkalibrigen Geschosse bedeutend günstigere Resultate wie früher geben, und wenn nicht Herz und große Gefäße getroffen sind, ist die Prognose günstig. Empyem tritt später selten auf. Die sicherste und beste Behandlung des Hämothorax besteht in der Aspiration.

4) Bauchwunden. Die jüngsten Erfahrungen in Cuba bestätigen, dass auch ohne chirurgischen Eingriff penetrirende Wunden nicht selten heilen. Das Geschoss kann in der Höhe des Nabels oder darüber von vorn nach hinten durchschlagen, ohne Verletzungen hervorzurufen, die chirurgischen Eingriff erfordern. Die einzigen vier Laparotomien endeten sämmtlich tödlich. Verf. bittet daraus nicht den Schluss zu ziehen, man solle sich im gegebenen Falle etwa von einem Eingriff abhalten lassen, z. B. bei Blutungen. Eine Anzahl von Schusswunden des Bauches betrafen gleichzeitig Hals und Brust und wurden auf konservativem Wege geheilt. In den meisten Fällen



lagen die Wunden, welche ohne Operation heilten, entweder in der Nabelgegend oder in einer der Fossae iliacae.

Ein Kavallerist wurde am 2. Juli, als er sich nach vorn beugte, in die Fossa infraspinata der Scapula geschossen, das Geschoss saß unter der Haut, 2 Zoll unter dem Nabel. Am 1. Tage erhebliche Hämoptoe, kein Erbrechen, nur geringe Symptome einer umschriebenen Peritonitis. Am 20. Juli wurde das Geschoss aus einem Bauchdeckenabscess entfernt, der Pat. genas schnell.

5) Schusswunden der Extremitäten. Wenig primäre Amputationen, eine Anzahl sekundäre bei inficirten komplicirten Frakturen. Für die Immobilisirung erwies sich die Blattscheide der Kokospalme als ausgezeichnetes Material. 2 Fälle von traumatischem Aneurysma befinden sich noch an Bord des »Relief«, 1mal war die Femoralarterie getroffen, das 2. Mal handelte es sich um einen aneurysmatischen Varix der Vene.

Loewenhardt (Breslau).

---

7) **Steuber** (Danzig). Aufgaben des Sanitätsofficiers als Expeditionsarzt in der Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika. Auf Grund eigener Erlebnisse.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1898. August.)

Abgesehen von dem natürlichen Interesse, welches jeder Arzt an diesen Mittheilungen haben wird, sind sie noch von besonderer Bedeutung wegen der Ähnlichkeit der Verhältnisse mit denen des Krieges, ja theilweise handelt es sich sogar direkt um Kriegszustände, ähnlich denen des Guerillakrieges. Über einige Bemerkungen, welche S. hinsichtlich der in Ostafrika zu beobachtenden Wunden macht, sind hier einige Mittheilungen wohl am Platze.

S. legt besonderen Werth auf den alsbaldigen Verschluss der Wunde durch einen antiseptischen Deckverband, welcher die der schwarzen Rasse nach allen Beobachtungen in hervorragendem Grade zukommende Neigung zur Heilung p. pr. noch unterstützt. Auch mag die starke Insolation vielleicht eine bakterienfeindliche Wirkung haben; jedenfalls wirkt sie stark austrocknend, so dass feuchte, auch von Blut durchtränkte Verbände rasch trocknen und steif werden, wie ein Gipsverband, so dass man Fenster hineinschneiden kann.

Die durch Hinterladergeschosse gesetzten Schusswunden heilen leichter, als die von Vorderladern ausgehenden, um so mehr als letztere häufig mit Steinen, Scherben, gehackten Eisen- und Bleistücken geladen werden. Überhaupt liebt es der Afrikaner, sein Gewehr mit 2 und mehr Geschossen zu laden, was bedingt, dass in der Nähe diese Geschosse oft als Querschläger treffen und dann ausgedehntere Zerreißungen der Gewebe bewirken.

Dass die Speerwunden sehr häufig schwere, oft sogar tödliche Verwundungen darstellen, besonders wenn die großen Körperhöhlen durch die mit Wucht geführte Waffe eröffnet werden, haben schon die Engländer in Afrika zu erfahren gehabt. Bei den Pfeilwunden

kommt noch hinzu, dass die Waffe meist vergiftet ist; über die Natur des Giftes beobachten die Schwarzen aber Stillschweigen. Einige Mal sah Verf. den Tod unter unmittelbarer Einwirkung des Pfeilgiftes eintreten, ohne dass besonders charakteristische Erscheinungen zu beobachten waren. Vielmehr erfolgte der Tod nach einigen Stunden an Herzlähmung unter schnell durch die Lymphbahnen fortschreitender Entzündung. Nach den Beobachtungen des Verf. kommt außer der Dauer seiner Einwirkung auf den verwundeten Körper offenbar auch Alter und Beschaffenheit des Giftes sehr in Betracht. Häufig bringt eine Verwundung die bisher latente Malaria zum Ausbruch.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Kleinere Mittheilungen.

Eine Schussverletzung des linken Gaumens und Auges.

Von

Stabsarzt Dr. **Eichel** in Straßburg i/E.

In einer Arbeit aus der Straßburger chirurgischen Klinik hat Bullinger[1] an der Hand eines von Herrn Prof. Madelung operirten taubeneigroßen, retrobulbären Fibrosarkoms eine Zusammenstellung aller bisher nach Krönlein's Methode: »der osteoplastischen Resektion der äußeren Orbitalwand« ausgeführten Operationen gegeben. In allen den Fällen handelte es sich um Tumoren, die, durch die Methode in bester Weise zugänglich gemacht, mit Erhaltung des Auges exstirpirt werden konnten. Bullinger empfiehlt das Verfahren außerdem zur Behandlung von Orbitalphlegmonen und giebt an, dass Braunschweig in einem noch nicht veröffentlichten Falle auf diese Weise operativ vorgegangen ist. Der von Herrn Prof. Madelung in der Zeit, wo ich zu seiner Klinik kommandirt war, operirte Fall war in meiner lebhaften Erinnerung, als ich die zu beschreibende Schussverletzung in Behandlung bekam.

Der 20jährige S. schoss sich am 17. August v. J. mit einer Platzpatrone des Gewehrs M. 88 in den Mund. Er wurde sofort dem Garnisonlazarett I Straßburg überwiesen. Ich stellte Abends gegen 10 Uhr Folgendes fest:

Der kräftig gebaute Mann ist bei vollem Bewusstsein. Das linke Auge ragt ziemlich stark aus den weit geöffneten Lidern hervor. An den Augenbindehäuten und der Cornea keine Verletzungen. Der linke Bulbus zeigt dieselbe Konsistenz wie der rechte; seine Beweglichkeit ist gänzlich aufgehoben, die Pupille, mittelweit, reagirt nicht.

Aus Mund und Nase entleeren sich ziemlich reichliche Blutmengen. An der linken Seite des Gaumens sieht man ein 5 : 2 cm großes Loch mit zerfetzten Rändern. Durch dieses Loch kommt man einerseits mit Leichtigkeit in die Nasenhöhle, andererseits über den in seinem hinteren Theil unverletzten weichen Gaumen hinweg in den Nasen-Rachenraum.

Da das Allgemeinbefinden des Mannes ein leidliches, der Puls ziemlich gut war, begnügte ich mich für die Nacht mit Tamponade der Gaumen-Nasenwunde. Der Bulbus wurde mit feuchten Borkompressen bedeckt.

Am nächsten Morgen wurde (es war inzwischen eine unbedeutende Blutung eingetreten) zur Operation geschritten. Ich beschloss, da bei dem Fehlen von allen Hirnsymptomen die Geschosstheile wahrscheinlich nur bis zu dem hin-

---

[1] Über die Resultate der Exstirpation von retrobulbären Tumoren nach Krönlein's Methode von Dr. Joseph Bullinger. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 3.

teren Theil der Orbita vorgedrungen waren, und da eine, wenn auch nur geringe, Aussicht vorhanden schien, den Bulbus zu erhalten, nach Krönlein's Methode die Orbita freizulegen. Da ich jedoch nicht wusste, ob ich nicht eine stärkere Blutung aus dem unterhalb der unteren Orbitalwand gelegenen verletzten Gebiet zu bekämpfen bekam, legte ich, um nicht im kritischen Moment mit der Weichtheilblutung zu viel Zeit zu verlieren, den Oberkiefer in seinem vorderen Theil durch den Diffenbach'schen Resektionsschnitt frei. Den Schnitt am unteren Augenlid verlängerte ich sodann bis zur Mitte des Jochbeins, durchtrennte nach Zurückpräparirung der Weichtheile nach oben und unten an den von Krönlein angegebenen Stellen die äußere Orbitalwand und klappte dieselbe nach außen um. Der Zugang, den ich auf diese Weise zu dem verletzten Gebiet bekam, ließ nichts zu wünschen übrig.

Hinter dem Bulbus befand sich eine walnussgroße, blauschwarze Masse, die aus zerfetzter Muskulatur, Blut, Knochen- und Holztheilchen (vom Pfropfen der Platzpatrone) bestand. Nach ihrer Entfernung sah man den etwa 1 cm von seinem Eintritt in den Bulbus abgerissenen Sehnerven. Der nach dem Gehirn gelegene Stumpf wurde, obwohl er nicht blutete, unterbunden. Des weiteren zeigte sich der hintere Theil der unteren Orbitalwand vollständig zerstört. Man gelangte von hier aus mit Leichtigkeit in die Oberkieferhöhle und den Mund. Die Erhaltung des Bulbus, der selbst in seiner Kapsel unverletzt war, wäre vielleicht möglich gewesen; da derselbe jedoch unbrauchbar geblieben wäre, ich andererseits bei der starken Zertrümmerung der Gewebe in der Tiefe für reichlichen Abfluss der Sekrete zu sorgen hatte, so entschloss ich mich, den Bulbus zu enukleiren. Sodann wurde nach sorgfältiger Blutstillung ein Drain durch die nicht genähte Conjunctivalwunde bis zum tiefsten Punkt der Augenhöhle geführt, die äußere Orbitalwand bis auf eine für einen Drain gelassene Lücke in ihre Lage gebracht und die Weichtheilwunde genäht.

Die Wunde, die zur Freilegung des vorderen Theils des Oberkiefers angelegt war, heilte entzündungslos, am 26. August konnten die Fäden entfernt werden. Dem Kiefer hat die Freilegung nicht geschadet.

Längere Zeit gebrauchte die Gaumenwunde, die mit täglich 2maligen Nasen-Rachenspülungen behandelt wurde, zu ihrer Reinigung. Aber auch Ende September, als diese Wunde vollständig rein war, wagte ich noch nicht, zu ihrem Verschluss zu schreiten, weil sich aus den Drains, die durch die Lidwunde und in die Orbitalresektionswunde gelegt waren, immer noch ziemlich viel Eiter entleerte. Es wurde denn auch am 29. September noch ein größerer Holzsplitter aus der Wunde entfernt, dem im Laufe des Oktobers mehrere kleinere folgten.

Am 15. Oktober wurde der Liddrain fortgelassen, das in die Knochenlücke am äußeren Orbitalrand eingeführte am 1. November. Die Hautwunde schloss sich in den nächsten Tagen, und von der Lücke im Knochen war Mitte December nichts mehr zu fühlen.

Ein eingesetztes künstliches Auge wird gut ertragen.

Am 27. Oktober wurde der Gaumendefekt durch eine plastische Operation nach v. Langenbeck geschlossen, die Fäden konnten am 4. November entfernt werden.

Aus der ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte geht, was auch alle Diejenigen bestätigen, die die Operation ausgeführt haben, hervor, dass durch die »osteoplastische Resektion der äußeren Orbitalwand« ein vorzüglicher Einblick in die Tiefe der Orbita zu gewinnen ist. Dass ich in meinem Falle, durch anderweitige Rücksichten gezwungen, von der Krönleinschen Schnittführung für die Weichtheile abgewichen bin, hat weder der Übersicht des Operationsfeldes noch der Wiederanheilung des temporär entfernten Knochens geschadet. Da ich den resecirten Knochen, weil ich in inficirtem Gewebe arbeitete, nicht vollständig reponiren konnte, sondern eine Lücke für einen Drain lassen musste, so ragt der vordere äußere Augenhöhlenrand etwas stärker nach außen und vorn hervor, als an der gesunden Seite. Der kaum bemerkbare kosmetische Schaden ist nicht von Belang. Dass der Knochen trotzdem so gut verheilt und dass auch die

frühere Drainstelle wieder vollständig knöchern geschlossen ist, lässt das Verfahren gerade für Orbitalphlegmonen, bei denen man ja in ähnlicher Weise für Abfluss wird sorgen müssen, geeignet erscheinen.

---

8) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

97. Sitzung am Montag, den 14. November 1898, im Langenbeckhaus.

Vorsitzender: Herr Wolff.

1) Herr J. Wolff: Zur Erinnerung an Dietrich Nasse.

W. giebt zunächst dem schmerzlichen Verlust Ausdruck, der die Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins durch den jähen Tod ihres langjährigen Mitglieds, Prof. Dietrich Nasse, betroffen hat.

2) Herr J. Wolff: Über die unblutige Reposition der angeborenen Hüftverrenkung mit Demonstration von Röntgenbildern mittels des Projektionsapparats.

Die Zahl der von W. seit Juni 1896 unter wiederholter Kontrolle durch Röntgendurchstrahlung mittels unblutigen Verfahrens behandelten Kranken mit angeborener Hüftluxation beträgt 89; die Zahl der luxirten Gelenke dieser Kranken betrug 125.

Bei 88 Kranken (97 Gelenken) gelang die unblutige Einrenkung, und nur bei 6 Kranken (7 Gelenken) ist dieselbe bis jetzt nicht geglückt.

Bei 65 Kranken (78 Gelenken) gelang die Reposition schon beim 1. Versuch. Der jüngste Pat. war $1^1/_2$, der älteste $15^3/_4$ Jahre alt. In 1 Fall gelang die Reposition schon nach $1^1/_2$ Minute, in den anderen nach 3—70 Minuten. Bei einem 3jährigen Knaben mit doppelseitiger Verrenkung sprang während der zur Einrenkung des rechten Hüftgelenks vorgenommenen Manipulationen auch das linke Hüftgelenk ein.

Bei 18 Kranken (20 Gelenken) gelang die Reposition erst bei dem 2., 3. oder 4., jedes Mal mehr als 1 Stunde andauernden Versuch. Die Zwischenzeit zwischen den einzelnen Versuchen betrug 4—6 Tage. In 3 Fällen, in welchen mehrmalige, jedes Mal stundenlange Versuche ohne Erfolg geblieben waren, gelang der nach etwa 3 Monaten nochmals wieder vorgenommene Versuch.

Bei 39 Kranken (46 Gelenken) unter den 82 Kranken (97 Gelenken), bei welchen die Reposition gelungen war, trat unter dem fixirenden Gipsverband oder nach Abnahme desselben eine Reluxation ein.

Unter diesen Reluxationsfällen ist bei 21 Kranken (22 Gelenken) die nachher nochmals oder auch zum 3. Mal wiederholte unblutige Reposition von dauerndem Erfolg geblieben, so dass sich dadurch die Zahl der dauernd gebliebenen Repositionen auf 63 Kranke resp. 68 Gelenke erstreckt.

Die meisten Reluxationen fallen in die erste Zeit der Ausübung des Verfahrens, während in späterer Zeit sehr viel seltener Reluxationen vorgekommen sind.

Der Enderfolg der unblutigen Reposition war bis jetzt bei 13 Kranken (14 Gelenken) ein idealer, d. i. vollkommen normaler Gang und ausgezeichnetes anatomisches Verhalten des an richtiger Stelle befindlichen Gelenks im Röntgenbild.

Bei 7 Kranken (10 Gelenken) war der Enderfolg ein nahezu idealer.

Bei 47 Kranken (52 Gelenken) ist die Behandlung noch nicht abgeschlossen und ist es sehr wohl möglich, dass später auch in diesen Fällen der Enderfolg ein idealer sein wird. 9 Kranke sind nach geschehener Reluxation aus der weiteren Behandlung fortgeblieben.

2 Fälle, in welchen die reponirten Gelenke, obwohl sie an ihrer richtigen Stelle verblieben sind, doch trotz vieler Bemühungen eine hartnäckige Starrheit beibehalten haben, müssen als Misserfolge bezeichnet werden.

Der Vortr. stellt 2 Fälle von doppelseitiger und 3 Fälle von einseitiger Verrenkung vor, in denen der Enderfolg 3mal ein idealer und 2mal ein nahezu idealer ist. An den Röntgenbildern dieser 5 Fälle und mehrerer anderer Fälle mit idealem Enderfolg zeigt er die nach der Reposition allmählich eintretenden anatomischen Veränderungen.



Aus allen Demonstrationen geht hervor, dass die bis jetzt ziemlich allgemein verbreitete Ansicht, nach welcher von dem Lorenz'schen unblutigen Verfahren nicht sehr viel zu halten sei, eine durchaus irrige ist, dass es vielmehr Pflicht ist, dieses Verfahren auf das eifrigste weiter zu erproben, und dass wir nur versuchen müssen, die Bedingungen festzustellen, unter welchen das ideelle Resultat des Verfahrens in allen Fällen erreicht werden kann.

In der Diskussion bemerkt Herr Karewski, dass auch er an seinem Material mit dem Lorenz'schen Verfahren durchweg gute, wenig schlechte Erfahrungen gemacht habe, und dass, wenn mitunter die Röntgenbilder anscheinend nur einen zweifelhaften Erfolg vermuthen ließen, doch das funktionelle Resultat ein günstiges gewesen sei.

Herr König glaubt im Sinne der Versammlung zu sprechen, wenn er Herrn Wolff Anerkennung zolle für die guten Resultate, die derselbe mit dem unblutigen Verfahren zu erzielen im Stande gewesen, und den Werth derselben dadurch bewiesen habe.

3) Herr Katzenstein zeigt das Präparat einer vor Kurzem von Prof. Israël exstirpirten Niere.

Dasselbe stammt von einem 10jährigen Knaben, der, in Folge einer Überfahrung, im Collaps mit Blutung aus der Harnröhre (ohne Verletzung derselben) und Anschwellung der linken Nierengegend ins Krankenhaus eingeliefert worden war.

Am folgenden Tage fanden sich im Urin Epithelien, in den nächsten Tagen Eiterkörperchen, dabei hohes Fieber. Am 13. Tage Operation: Spaltung eines perirenalen, vereiterten Hämatoms, Freilegung des perirenalen Gewebes, Drainage. Wegen 2 Tage später wieder auftretenden Fiebers, um einer Pyämie vorzubeugen, Exstirpation der Niere.

Dieselbe zeigte einen cirkulären Riss, offene Kommunikation der Rinde mit den Nierenkelchen.

(Vgl. den Fall von Zeller: Traumatische Hydronephrose, Februarsitzung 1898.)

4) Herr J. Wolff: Mastdarmplastik.

Der Vortr. stellt eine Kranke vor, bei welcher er vor 7 Jahren die Resektion eines 7 cm langen Mastdarmstücks wegen strikturirender Mastdarmverschwärung ausgeführt hat und die seitdem recidivfrei geblieben ist.

Bei der Operation war die unterste gesunde Mastdarmpartie in Höhe von 3 cm zurückgelassen worden. Das obere Mastdarmstück wurde alsdann nach Hochenegg durch das untere hindurchgezogen und am Analrand vernäht. Im Verlauf der Heilung war indess nur ein Theil der vorderen Wand des oberen Mastdarmstücks tief unten haften geblieben, während die hintere Wand, an der die Nähte durchgeschnitten waren, sich weit nach oben hin zurückzog.

So kam es, dass nach der Heilung der Wunde die Schleimhautfläche der vorderen Wand in einer Länge von 9 cm und bei aus einander gezogenen Nates in einer Breite von 6 cm frei zu Tage lag. Bei der Vorstellung der Kranken in der Freien Vereinigung der Chirurgen zeigte sich die Schleimhaut frei von Erkrankung.

Der geschilderte Zustand veranlasste durch die Inkontinenz und durch einen bald danach eingetretenen Prolaps große Beschwerden. Nach einer vor 3 Jahren ausgeführten Prolapsoperation drohte ein neuer Prolaps der noch höheren Mastdarmpartien einzutreten.

W. bedeckte nun, vor $2^1/_2$ Jahren, die freiliegende große Schleimhautfläche durch einen gedoppelten Hautlappen. 2 große Längsschnitte rechts und links parallel dem Schleimhautrand, der rechte 1 cm, der linke 2 cm von diesem entfernt; Bildung zweier großer, am Schleimhautrand adhärenter Lappen; Umklappung der Lappen gegen einander derart, dass die Hautfläche derselben der Mastdarmschleimhaut zu sah, die Fettschicht dagegen frei zu Tage lag, Vernähung der beiden Lappen etwas rechts von der Mittellinie. Alsdann wurde von dem Hautschnitt aus die Haut der Nates beiderseits, nach außen rechts 2 cm, links 1 cm weit von der Unterlage abgelöst. Vorziehung der so gebildeten Lappen noch

immer über die untere Lappenlage hinweg und Vernähung derselben etwas links von der Mittellinie. Heilung bis auf 3 Fisteln, von welchen 2 durch Nachoperation geschlossen wurden. Die jetzt noch bestehende feine Fistel in der Nähe des gedoppelten Hautlappens bedingt geringe Störungen. Im Übrigen ist vollkommene Kontinenz eingetreten. Der gedoppelte Hautlappen fungirt seit $2^1/_2$ Jahren als hintere Mastdarmwand. Offenbar hat seine der Mastdarmschleimhaut zugekehrte Hautfläche eine schleimhautähnliche Beschaffenheit angenommen, wie dies schon vor der Operation an denjenigen Hautpartien, die der Schleimhaut zu allernächst gelegen waren, hatte beobachtet werden können.

5) Herr Lindemann: Vorstellung von Klumpfußfällen.

Der Vortr. stellt die neuerdings in der Wolff'schen Klinik behandelten Fälle von angeborenem Klumpfuß vor, um an denselben die durch Etappenverband erreichbaren Erfolge zu demonstriren.

Die von Lorenz u. A. empfohlenen Schraubenapparate haben sich in der Wolff'schen Klinik als unzweckmäßig und entbehrlich erwiesen. Dagegen wird das König'sche langsame und kraftvolle Redressement vor Anlegen des Gipsverbandes in jedem Falle ausgeübt. (Folgt Krankenvorstellung, die guten Resultate zeigend.)

6) Herr Wolff: Über Gaumennaht im 1. Lebensjahr.

W. stellt 2 geheilte Fälle von rechtsseitig durchgehender Lippen- und Gaumenspalte vor.

Das 1. Kind ist am 4. März 1897 geboren, Tags darauf Hasenschartenoperation. Heilung mit sehr gutem kosmetischem Resultat. Am 28. Mai 1897, als das Kind $2^3/_4$ Monate alt war, Ablösung des rechtsseitigen, am 4. Juni des linksseitigen Gaumenlappens, am 12. Juni Naht. Das Kind, welches am 27. Mai 4250 g gewogen hatte, verließ am 29. Juni mit einem Gewicht von 4500 g die Klinik. Die höchste Gewichtsabnahme, 1 Tag nach der Naht, hatte 200 g betragen. Gaumen, mit Einschluss der schön langen Narbe, vollkommen geschlossen. Das Kind ist jetzt 1 Jahr 8 Monate alt, vortrefflich entwickelt. Alle Worte, die das Kind bis jetzt spricht, sind nach Angabe der Angehörigen sehr gut verständlich.

Das 2. Kind ist am 10. Januar 1898 geboren. Am 21. Februar Hasenschartenoperation; Heilung mit ebenfalls sehr gutem kosmetischem Erfolg. Am 9. Mai, als das Kind nahezu 4 Monate alt war, Ablösung des rechtsseitigen, am 16. Mai des linksseitigen Lappens, am 24. Mai Naht.

Am 11. Juni Entlassung mit 6850 g Körpergewicht, gegen 6650 g am 9. Mai. Die höchste Gewichtsabnahme, am 3. und 5. Tage nach der Naht, hatte 150 g betragen. Heilung mit schön langer Narbe und einem feinen, beim Schlucken keine Flüssigkeit durchlassenden Fistelchen dicht hinter dem Processus alveolaris. Ausgezeichnet guter Ernährungszustand des jetzt 10 Monate alten Kindes.

Unter 272 bis December 1898 von W. operirten Fällen von angeborener Gaumenspalte befinden sich 66, bei welchen die Operation im 1. Lebensjahr ausgeführt wurde. Von diesen sind 45 geheilt. 14mal war der Erfolg vorläufig mangelhaft, oder ist die Naht ganz aufgegangen. In 7 Fällen Exitus.

Bezüglich dieser Mortalität von 10,6% ist zu bemerken, einmal, dass die Mortalitätsstatistik der im 1. Lebensjahr ausgeführten Hasenschartenoperationen in den verschiedenen Kliniken bisher beinahe 40% betrug und zweitens, dass die meisten der betreffenden 7 Todesfälle in die früheren Operationsjahre fallen, während bei der weiter veränderten Operationstechnik beispielsweise in der letzten Zeit seit Oktober 1897 unter 16 im 1. Lebensjahr operirten Kindern 14 geheilt sind, während nur in 2 Fällen die Naht wieder aufging und in keinem Falle Exitus eingetreten ist.

7) Herr Mainzer: Über einen Fall von Elephantiasis congenita.

M. stellt ein 4jähriges Mädchen mit einer Form der angeborenen Elephantiasis vor, welche im Gegensatz zu den meisten bisher als Elephantiasis congenita beschriebenen Fällen von großen Angiomen, Lymphangiomen oder Neurofibromen mit Hypertrophie der Haut und des subkutanen Bindegewebes, ganz den Typus der erworbenen Elephantiasis zeigte.

Die Affektion erstreckt sich auf den linken Oberarm, beide Unterschenkel, den rechten Fuß und die äußeren Genitalien. In der Familie des Kindes sind elephantiastische Bildungen sonst nicht vorgekommen. Ein Naevus am linken Oberarm der Mutter kann in dieser Beziehung wohl nicht herangezogen werden. Erysipel und Lymphangitis hat die Mutter weder vor, noch nach der Schwangerschaft gehabt.

Die Ätiologie der angeborenen Elephantiasis ist nur in denjenigen Fällen, in welchen die Affektion mit centralwärts von derselben befindlicher Schnürfurche kombinirt ist, einigermaßen aufgeklärt; in allen anderen Fällen, wie auch in dem vorliegenden, ist sie unklar.

Die hypothetischen Annahmen einzelner Autoren von angeborenen Cirkulationsstörungen, Schwächezuständen, Überschwemmung des fötalen Kreislaufs mit Streptokokken bei Erysipel oder Lymphangitis der Mutter (Moncorvo) u. A. m. haben zur Klärung nichts beigetragen.

Hierzu bemerkt Herr v. Bergmann, dass er in einer früheren Arbeit ausgeführt habe, dass amniotische Abschnürungen die Ursache von Elephantiasis congenita nicht seien.

8) Herr Joachimsthal: Über Zwergwuchs und verwandte Wachsthumsstörungen.

J. berichtet unter gleichzeitiger Projektion von Röntgenbildern über Erfahrungen, die er bei der Durchleuchtung von Kranken mit Wachsthumsstörungen zu sammeln Gelegenheit gehabt hat. Das Objekt seiner Forschungen war zunächst eine Reihe von Individuen mit sogenanntem Zwergwuchs, also wohlproportionirt gebaute, geistig vollkommen normale, aber abnorm klein gebliebene Personen, die Mitglieder der vor Kurzem in Berlin gastirenden Liliputanertruppe. Obgleich das Alter der Betreffenden zwischen dem 30. und 36. Lebensjahr schwankte, also einem Zeitabschnitt entsprach, in dem die normalen Wachthumsvorgänge längst ihr Ende erreicht haben sollten, wurde doch — und zwar auf Grund regelmäßig bei der Gesellschaft vorgenommener Messungen — von fast Allen auf das Bestimmteste angegeben, dass sie noch in einem beständigen, zeitweise stärkeren, zeitweise schwächeren Wachsthum begriffen seien. In Übereinstimmung damit fanden sich bei 6 von den 8 untersuchten Pat. die Epiphysenknorpel noch in vollster Deutlichkeit erhalten; auch sonst entsprach das Verhalten der Knochen ganz dem kindlichen Charakter.

Eine weitere 12jährige Kranke mit der früher allgemein als fötale Rachitis, von Kaufmann als Chondrodystrophia foetalis bezeichneten Erkrankung, die so erheblich im Wachsthum zurückgeblieben war, dass sie mit 83 cm Körperlänge kaum die Größe eines $2^1/_2$jährigen Kindes erlangt hatte, ließ im Gegensatz zu dem Verhalten des Kindes mit abgelaufener echter Rachitis auf den Skiagrammen außer einer abnormen Knorpelwucherung und einem vollständigen Fehlen von Ossifikation keine unregelmäßige Gestaltung der diaphysären Enden erkennen, offenbar herrührend von dem Anwachsen des Periosts zwischen dem Epiphysenknorpel und der Diaphyse. Durch eine lineäre Osteotomie an beiden Unterschenkeln wurde ein bestehendes Genu varum duplex beseitigt und eine Verlängerung von $2^1/_2$ cm erzielt.

Endlich demonstrirt J. noch die Bilder eines 12jährigen Mädchens, mit einer Wachsthumsstörung in Folge von Kretinismus. Körpergröße (110 cm) wie Ossifikation entsprechen hier dem Verhalten eines 7jährigen Kindes.

9) Derselbe: Über Sehnentransplantationen bei Pes calcaneus paralyticus.

J. demonstrirt 2 Pat., bei denen er wegen eines durch eine Lähmung der Quadricepsmuskulatur bedingten Pes calcaneus nach Nicoladoni den erfolgreichen Versuch unternommen hat, durch Einpflanzung der Sehne eines Peronealmuskels in die Achillessehne die verloren gegangene Fähigkeit der aktiven Plantarflexion wieder zu schaffen.

Die 1., jetzt zur Zeit 4jährige Pat. hat im Alter von $1^1/_2$ Jahre eine spinale Kinderlähmung des rechten Beins durchgemacht und von dieser eine Lähmung

des Triceps surae zurückbehalten. Sie berührte dem zufolge beim Gehen lediglich mit dem Proc. posterior calcanei, der bei der bestehenden Nachgiebigkeit der Achillessehne direkt nach abwärts in die senkrechte Verlängerung der Unterschenkelachse gesunken war, den Boden, während die Fußspitze durch die in ihrer Innervation ungeschädigten Dorsalflexor gehoben wurde. Da Pat. bei ihrer Art der Fortbewegung, die in der Weise vor sich ging, dass sie auf der Ferse den Fuß nach auswärts drehte, nach wenig Schritten ermüdete und häufig fiel, legte P. im Mai 1898 durch einen Schnitt an der Außenseite der Achillessehne diese letztere so wie die Peronei frei, durchtrennte den Peroneus longus in der Höhe des äußeren Knöchels und befestigte ihn bei möglichst plantar flektirter Stellung des Fußes in einen Schlitz der Achillessehne mit Seidennähten.

Der Effekt des Eingriffs ist die, wenn auch der anderen Seite gegenüber beschränkte, Fähigkeit der aktiven Plantarflexion im Fußgelenk. Die Pat. tritt mit voller Sohle auf und ist im Gegensatz zu früher jetzt im Stande, größere Strecken, ohne zu ermüden, zurückzulegen.

Bei der 2., ebenfalls 5jährigen Pat., deren Pes calcaneus gleichfalls die Folge einer spinalen Kinderlähmung war, wurde dasselbe Resultat durch eine im Juli ausgeführte Transplantation des Peroneus brevis auf die Achillessehne erreicht.

Sarfert (Berlin).

---

9) Sanitätsbericht über die kgl. preuß. Armee, das XII. (kgl. sächs.) und das XIII. (kgl. württemb.) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. April 1892 bis 31. März 1894. Bearbeitet von der Medicinalabtheilung des kgl. preuß. Kriegsministeriums.

Berlin, **Mittler & Sohn,** 1897. 352 Seiten Text, 203 Seiten Tabellen. (Mit 24 Karten und 2 Tafeln graphischer Darstellungen.)

Derselbe für den Berichtszeitraum vom 1. April 1894 bis 30. September 1896.

Berlin, **Mittler & Sohn,** 1898. 256 Seiten Text, 271 Seiten Tabellen. (Mit 28 Karten, 1 Tafel graphische Darstellung und einem Grundriss der Feuerlatrine zu Potsdam-Nedlitz.)

In Folge äußerer Umstände liegen dies Mal 2 Armee-Sanitätsberichte zur Besprechung vor, so dass das beiden zu Grunde liegende Material im Zusammenhang betrachtet werden muss und an Massenhaftigkeit noch gewonnen hat. Gemäß unserer Gepflogenheit beginnen wir mit den Schussverletzungen, von denen besprochen sind in Bericht I 704, in Bericht II 952, Summe 1656. Hiervon sind 1641 frische Wunden, während es sich bei 15 Invaliden um Entfernung eingeheilter, aber unbequem gewordener Geschosse, Behandlung chronischer Eiterungen u. dgl. handelte. Eine eingehendere Beschreibung erfahren zusammen 338 wichtigere Schussverletzungen, welche nach den hauptsächlich getroffenen Körpertheilen angeordnet sind. Geheilt wurden 1166, gestorben sind 475 Verwundete, d. h. 29% Sterblichkeit. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 35,4 Tage. Sehr erheblich ist die Anzahl der sofort Getödteten, welche sich aus den gemachten Angaben über die in der Behandlung Gestorbenen und die überhaupt Gestorbenen auf 456 berechnet, d. h. also auf 27,8% aller Verwundeten, während von den in Behandlung getretenen nur 9 = 1,28% starben. Dieses ungünstige Verhältnis erklärt sich daraus, dass die Selbstmörder mitgerechnet sind, von denen eine große Zahl ihr Ziel erreicht hat. Umgekehrt ist wieder die auffallend niedrige Zahl der späteren Todesfälle nur erklärlich, wenn man berücksichtigt, dass es sich häufig um Verwundungen durch Zielmunition und Platzpatronen, Explosion von Patronen durch Ladehemmung u. dgl. handelt, welche naturgemäß nur leicht sein konnten. So giebt denn freilich die Statistik dieser Verletzungen, so interessant sie auch immer sein und so sehr sie auch für die sachgemäße Behandlung durch die Militärärzte sprechen mag, doch keinerlei Aufschluss über die im Falle eines Krieges zu

erwartenden Erfolge der Behandlung etc., ganz abgesehen natürlich von den so viel günstigeren Bedingungen im Frieden.

Unter den Schusswunden des Kopfes ist I No. 30 bemerkenswerth; sie wurde aus 2700 m Entfernung durch Gewehrschuss gesetzt; der Verwundete starb nach $^3/_4$ Stunde; das Geschoss hatte nur einen schlitzförmigen Einschuss in der Haut und ein kreisrundes glattes Loch im Schädel in der Gegend der rechten Kranznaht bewirkt, ging dann durch das Gehirn und lag frei in der rechten Schädelgrube, ohne erheblichere Hirnzertrümmerung veranlasst zu haben. Dagegen weisen die Nahschüsse oft recht bedeutende Sprengwirkung auf, wobei außer Zertrümmerung der Hirnmasse sich auch oft noch Zerreißungen der großen Blutleiter vorfinden. 2 durchbohrende Bauchschüsse wurden durch dasselbe Geschoss aus 75 m Entfernung hervorgebracht (II No. 28 und 29); beide Mal trat der Tod erst nach einigen Stunden an »innerer Verblutung« ein, ohne dass der Versuch, das Leben durch einen Bauchschnitt zu retten, gemacht worden wäre; das Geschoss, das auch noch den Gewehrkolben und die Hand des zuletzt getroffenen Mannes zerschmettert hatte, war offenbar zerschellt, denn es fand sich nur ein unregelmäßiges Bleistück unter der Haut der rechten Hinterbacke; trotzdem waren im Darm 16 Löcher verschiedener Größe, das oberste 149 cm vom Zwölffingerdarm entfernt, das unterste oberhalb der Flexura sigmoidea; in die Bauchhöhle waren auch mehrere Holzsplitter vom Gewehrschaft und 2 kleine Mantelfetzen mitgerissen. Bei dem zuerst, also wohl von intaktem Geschoss Getroffenen waren nur 3 Löcher im Darm vorhanden, von denen 2 nur 9 mm Durchmesser, das dritte oberste 4 : 2 cm Größe hatten. Sämmtliche Geschosse, welche die Gliedmaßen getroffen hatten, haben den Körper auch wieder verlassen bis auf eines, welches, aus einer Entfernung von 700 m von hinten eingedrungen, vorn unter der Haut steckte und plattgedrückt war, so dass die Annahme, dass es sich um einen Aufschläger gehandelt hat, gerechtfertigt erscheint (I No. 103). Einmal entstand aus 1300 m Entfernung zunächst starke Blutung, welche durch Fingerdruck auf die Cruralis gestillt wurde; das Blut war 15 cm hoch aus der kleinen Öffnung herausgespritzt, später bildete sich ein Aneurysma; Einschuss linsengroß 3 cm unter Ligam. Pouparti am Innenrand des Sartorius, Ausschuss Höhe der Gesäßfalte 1 : 0,3 cm (II No. 35). Zuweilen, wenn das Geschoss aus der Nähe stammt, finden sich auch ausgedehntere Weichtheilzerreißungen, z. B. bei II No. 30, aber manchmal auch bei weiteren Entfernungen, z. B. ein Ausschuss von 1 cm Durchmesser aus 600 m Entfernung bei II No. 34. Bei I No. 104 war in der Ulna dicht unter dem Ellbogengelenk ein 2,5 cm großes Loch; Splitter gingen nicht ab, es scheint sich also um einen Lochschuss in der Epiphyse gehandelt zu haben; der glattrandige Hautausschuss an der Streckseite hatte dabei einen Durchmesser von 3,25 : 2,50 cm; Entfernung 5 m.

Sehr zahlreich sind die Hieb-, Schnitt-, Biss- und sonstigen Wunden, nämlich 46295.

Versuche, ganz abgetrennte Fingerglieder wieder anzunähen, schlugen fehl, doch gelang es 2mal, falls noch eine schmale Hautbrücke mit einem größeren Gefäß erhalten war, durch die Naht das Anheilen zu erreichen.

Besonders eingehende Besprechung erfahren die Lanzenstich-Verletzungen, welche durch die Einführung der Lanze bei der gesammten Kavallerie eine größere Verbreitung gewonnen haben: Es sind innerhalb der 8 Jahre vom 1. April 1888 bis 31. December 1896 nur 667, also jährlich 63,4 derartige Verletzungen beobachtet, worden, wovon 660 bei Kavalleristen, 7 bei Angehörigen anderer Waffengattungen. Der verletzte Körpertheil war 83mal der Oberschenkel, je 44mal die Stirn, der Bauch, die Füße, 40mal die Brust, 38mal der Rücken, 36mal die Hand, 34mal der Oberarm, je 28mal der Unterschenkel und die Wange. War die Lanzenspitze eingedrungen, so war die Wunde verschieden gestaltet und hatte meist nur eine Ausdehnung von 0,5—2 cm; seltener, zumal am Kopfe, hatte sie mehr das Aussehen einer Schnittwunde, indem keine Wundröhre vorhanden, sondern die Haut in der Länge aufgeschlitzt war. War aber außer der Spitze auch noch ein Theil des Lanzenschaftes eingedrungen, so hatte die Wunde mehr das Aussehen einer

Riss- oder Quetschwunde. Eine Ausstichwunde war nur in 15% vorhanden; meist war sie der Einstichwunde ähnlich, nur etwas kleiner und lag in der überwiegenden Mehrzahl an derselben Seite des Körpertheils wie jene. Die Wundröhren gehörten weitaus am häufigsten nur der Haut und dem Unterhautzellgewebe an, wenn sie auch bis 10 cm lang und blind waren, oder auch nach 10—15 cm Länge eine Ausstichöffnung hatten. Namentlich ist zu bemerken, dass von den Brustwunden 80% und von den Bauchwunden 84% nur die äußeren Bedeckungen betrafen, obgleich bei 2 Brust- und 7 Bauchverletzungen die Hautöffnungen weit aus einander lagen. Von größeren Gefäßen wurde nur in 2 Fällen die Art. femoralis eröffnet; es musste die Unterbindung unterhalb des Ligam. Pouparti ausgeführt und, da hiernach sich Brand des Unterschenkels entwickelte, amputirt werden. Von Nervenstämmen wurde je 1mal ein Theil des Plexus brachialis, 1mal der N. hypoglossus und laryngeus superior verletzt; doch gingen die dadurch bedingten Lähmungserscheinungen allmählich zurück. Dies war jedoch nicht der Fall bei einem dritten Mann, bei welchem eine Lähmung des N. oculomotorius nach Verletzung des Nasenbeins und des knöchernen Bodens der Augenhöhle aufgetreten war. 3mal wurde die Schädelhöhle eröffnet und das Gehirn verletzt. 1mal wurde die Knochenwunde erweitert und die deprimirten Knochenstücke entfernt, worauf Anfangs allmähliche Besserung, später aber nach etwa 1 Jahre unter Entwicklung eines Hirnabscesses dennoch der Tod eintrat. Auch im dritten Falle trat der Tod des mit dem Pferde gestürzten Mannes ein, welcher 2 Hinterkopfwunden erhalten hatte. 8mal war die Bauchhöhle eröffnet, aber nur 5mal waren Erscheinungen einer Lungenverletzung vorhanden; von diesen Verletzten mussten 2 wegen Residuen einer Pleuritis invalidisirt werden, wogegen 3 völlig geheilt wurden. Bei einem Mann wurde der Herzbeutel durch eine 1 cm lange Wunde am oberen Rande der 5. Rippe mitten zwischen Brustbeinrand und Brustwarze eröffnet; es fand sich Verbreiterung der Herzdämpfung, Abschwächung der Herztöne, schließlich perikarditisches Schaben, endlich aber trat doch vollkommene Genesung ein. 2 Leute erlagen in wenigen Augenblicken einer Durchbohrung des Herzens, 1mal des linken Vorhofs, 1mal der linken Herzkammer. Unter den 7 Eröffnungen der Bauchhöhle fand sich in 2 Fällen keine Verletzung von Eingeweiden, doch war beide Mal ein Netzstück vorgefallen, das abgetragen wurde, darauf Naht, Dienstfähigkeit nach 33 und 59 Tagen. 2 Eröffnungen des Magens heilten zwar ohne Eingriff, beide Mal folgte aber Invalidität, 1mal wegen Magenbeschwerden, 1mal wegen einer Wirbelerkrankung mit Rückenmarkserscheinungen, welche plötzlich beim Reiten auftraten, nachdem der Mann bereits wieder seinen Dienst aufgenommen hatte; der Dornfortsatz des 4. Lendenwirbels war eingesunken und druckempfindlich, und wird angenommen, dass die 17 cm tief eingedrungene Lanze den Wirbel verletzt habe, welcher erkrankt und durch die Erschütterung beim Reiten plötzlich zusammengebrochen sei. Von 2 Darmdurchlochungen ging die eine nach Darmnaht in Genesung, die andere aber, bei welcher eine vorgefallene Darmschlinge unverletzt gefunden und reponirt worden war, in Tod an Peritonitis in Folge der Durchlochung einer anderen Darmschlinge aus; hier war der Darm keiner näheren Untersuchung unterzogen worden. In einem anderen Falle (siehe dieses Blatt 1895 p. 516) trat eine umschriebene Peritonitis auf, und musste nach der Richtung des Stichkanals wohl eine Organverletzung als wahrscheinlich gelten, Heilung. Nierenverletzung musste bei einem Stich in den Rücken angenommen werden, es trat aber Genesung ein.

Aus diesen Mittheilungen geht mithin die geringe Gefährlichkeit der gelegentlichen Lanzenwunden hervor, was wohl darauf zurückgeführt werden darf, dass meist die Lanze den Körper unter spitzem Winkel und mit geringer Kraft zu treffen pflegt; das Umgekehrte dürfte dagegen im Ernstfalle sich geltend machen. Auch in der Behandlungsdauer macht sich die geringe Schwere der in Rede stehenden Friedensverletzungen geltend, indem sie in 55% schon innerhalb von 10 Tagen, in 88% im Laufe eines Monats geheilt wurden, ja 40,5% bedurften überhaupt einer Lazarettbehandlung gar nicht.

Unter den 7857 Verbrennungen war eine dadurch bemerkenswerth, dass die Brandwunde mit animaler Lymphe inficirt wurde, indem ein Rekrut nach dem

Impfen ohnmächtig zusammenbrach und dabei gegen den geheizten eisernen Ofen fiel. Es bildete sich eine handtellergroße eiternde Geschwürsfläche, auf welcher dicht gedrängte, bis zu 0,5 cm lange warzenförmige Wucherungen aufschossen; erst nach Abkratzen derselben mit dem scharfen Löffel trat Heilung ein.

Bei durch Blitzschlag Verletzten wurden mehrfach Blitzfiguren gefunden, welche meist rasch verschwanden. Getödtet wurde Niemand.

Sehr groß ist wieder die Zahl der innerhalb der $4^1/_2$ Berichtsjahre vorgekommenen Knochenbrüche und Verrenkungen, indem von ersteren 6052, von letzteren 2421 zur Behandlung gelangten. Die Knochenbrüche vertheilen sich folgendermaßen:

		davon gestorben		
des Oberarms	193	—		—
des Vorderarms	1036	—		—
der Hand	614	1	=	0,16%
des Oberschenkels	255	1	=	0,39%
des Unterschenkels	1866	3	=	0,16%
des Fußes	417	—		—
des Kopfes	605	49	=	0,81%
des Schlüsselbeins	730	—		—
des Schulterblatts	34	—		—
der Rippen	238	2	=	0,84%
der Wirbelsäule	19	5	=	26,31%
des Beckens	45	2	=	4,44%
	6052	63	=	1,04%

Außerordentlich gering erscheint die Sterblichkeit der Brüche der Kopfknochen, wogegen die Brüche der Wirbelsäule ihren schlechten Ruf mit einer Sterblichkeit von über $^1/_4$ behaupten. Auch die Oberschenkelbrüche zeigen eine höchst geringe Sterblichkeit. Rechnet man die Brüche der Extremitätenknochen mit Ausschluss des Schulter- und Beckengürtels allein, so erhalten wir die Zahl 4381 mit 5 = 0,11% Sterblichkeit, in der That sehr niedrig. Unterkieferbrüche sind nicht ganz selten (in $2^1/_2$ Jahren 23). Zu ihrer Verheilung genügte meist das Anlegen einer Kinnschleuder oder Einklemmung eines Pfropfens zwischen die Zahnreihen. Nur bei stärkeren Verschiebungen wurden Drahtschlingen um die Zähne gelegt ohne oder mit Schienen von Guttapertscha, Gummi oder Metall, 1mal wurde Einkeilen von Elfenbeinstiften in die Markhöhle, 1mal Knochennaht erforderlich. — Ein Oberarmbruch am unteren Ende war mit gänzlicher Abreißung der Tricepssehne 4—5 cm vom Olekranon verbunden, welche nach Heilung des Knochenbruchs sekundär durch Sehnennaht geheilt wurde. Von 9 erwähnten Querbrüchen des Olekranons wurden 2 durch die Naht vereinigt; unter den unblutig mit festen Verbänden behandelten wurde nur bei 2 knöcherne Vereinigung erzielt, die übrigen 5 heilten unter Bildung einer Bindegewebsbrücke, zuweilen trotz einer Länge derselben von 2 cm mit guter Gebrauchsfähigkeit. 2mal waren Brüche im Ellbogengelenk bei Verrenkungen vorhanden und erforderten Operationen. — An den unteren Gliedern sind neuerdings mehrseitig Gehverbände in Gebrauch gezogen worden, vorläufig noch weniger bei Ober- als bei Unterschenkelbrüchen. Das Urtheil über die bei 45 Unterschenkelbrüchen frühzeitig, d. h. in der 1. Woche angelegten Gipsgehverbände nach Krause-Korsch ist im Allgemeinen günstig, doch fanden 2 Berichterstatter keine Vorzüge dieser Behandlung, 2mal = 4,44% blieb sogar die Callusbildung aus. Auch die Versuche mit den Liermann'schen und Bruns'schen Schienen haben günstige Beurtheilungen erfahren, die Verkürzung bei Oberschenkelbrüchen betrug 1,5—3 cm. Allerdings wurde auch 1mal bei Anwendung der ersteren ein hartnäckiges Druckgeschwür an der Außenseite des Unterschenkels beobachtet, doch ist ihre Anwendung immerhin einfacher als das Anlegen des Hessing'schen Kriegsapparats, welches als umständlich und schwierig nicht nur im Frieden, sondern noch mehr im Felde geschildert wird. Sehr interessant ist die tabellarische Übersicht in Bericht II p. 176/77, in welcher

84 Oberschenkelbrüche nach Lage der Bruchlinie, Entstehungsart, Behandlungsmethode und zurückbleibender Verkürzung zusammengestellt sind. Die Beobachtungen werden noch fortgesetzt werden müssen, ehe ein sicheres Urtheil abgegeben werden kann; noch ist das Material für die einzelnen Methoden zu klein dazu. Namentlich auch ist die Abkürzung der Behandlungsdauer zwar in einzelnen Fällen bestätigt, aber noch nicht allseitig anerkannt worden. Es ist klar, dass die Neuheit des Verfahrens noch eine gewisse Schüchternheit in seiner Anwendung zur Folge hat, und dass die meisten Chirurgen sich nur schwer entschließen, die gewohnten und bewährt befundenen Methoden zu Gunsten neuer, wenn auch vielleicht vortheilhafter, immerhin aber subjektiv noch nicht geprüfter Verfahren aufzugeben. Übrigens darf nicht mit Stillschweigen übergangen werden, dass alle Beobachter übereinstimmend die günstige Einwirkung der Gehverbände auf Stimmung und Ernährungszustand der Kranken rühmen. — Von Kniescheibenbrüchen ist zunächst bemerkenswerth ein Längsbruch der Kniescheibe durch Sturz mit dem Pferde. Bei den Querbrüchen der Kniescheibe gelang es nur 2mal durch einfache Verbände mit Aspiration größerer Blutergüsse eine knöcherne Vereinigung zu erreichen; doch soll das funktionelle Ergebnis doch meist gut gewesen sein. Durch die Naht wurde 5mal (darunter ein offener Sternbruch) ein sehr guter Erfolg erzielt, 2mal sogar Dienstfähigkeit. 1mal wurde ein Querbruch bei erhaltener Aponeurose festgestellt.

Die schon in den früheren Sanitätsberichten begonnenen Statistik der Verrenkungen wird auch in den vorliegenden fortgesetzt, und es ergiebt sich, dass seit 1881, also in einem Zeitraum von 13 Jahren, vorgekommen sind:

Verrenkungen	der Schulter	3124	= 45,7%	aller Verrenkungen,
»	des Ellbogens	1436	= 20,9%	» »
»	der Hand	620	= 9,1%	» »[1]
»	der Hüfte	115	= 1,7%	» »
»	des Knies	403	= 5,8%	» »
»	des Fußes	413	= 6,0%	» »
»	anderer Gelenke	754	= 11,0%	» »
		6865		

Durch die seit dem letzten Bericht hinzugekommenen Fälle ist eine wesentliche Verrückung der Verhältniszahlen (vgl. Referat in d. Centralblatt 1896 p. 232) nicht eingetreten. Es ist hiermit die weitaus größte ziffernmäßige Zusammenstellung von fast 7000 Verrenkungen gegeben, welche sich freilich nur über eine bestimmte Altersklasse von Männern erstreckt. Da in der Zahl der Verrenkungen »anderer Gelenke« neben denjenigen der Gelenke des Stammes auch die der Finger- und Zehengelenke einbegriffen sind, ist eine genaue Berechnung der Verhältniszahlen für die Glieder und den Stamm nicht zu erhalten. Nur können wir feststellen, dass die Verrenkungen der großen Gelenke an den oberen Gliedern 77,1% und die an den unteren Gliedern 13,6% aller Verrenkungen betragen, während Krönlein aus dem Material der Berliner Klinik für sämmtliche Gelenke der ersteren 92%, der letzteren 5% und für die Gelenke am Stamm 2,8% berechnet hat. Besser stimmen die Verhältniszahlen mit den von Gurlt berechneten überein, welche 80,0%, 18,5% und 1,5% betragen. Jedenfalls wird die alte Erfahrung des Überwiegens der Verrenkungen an den oberen Gliedmaßen wieder bestätigt, und auch hier bilden die Verrenkungen der Schulter fast die Hälfte aller. Vergleichen wir aber die Häufigkeit der Knochenbrüche mit der der Verrenkungen, so finden wir, dass in dem Berichtszeitraum der beiden vorliegenden Berichte, d. h. innerhalb $4^1/_2$ Jahren, vorgekommen sind: 6052 Knochenbrüche gegen 2421 Verrenkungen, d. h. fast 3mal so viel, was allerdings dem von Gurlt auf 13 : 1 und von Krönlein auf 8 : 1 angegebenen Verhältnis noch nicht annähernd entsprechen würde. Von Einzelheiten ist zu bemerken, dass in jedem der beiden Berichte je eine Middeldorpf'sche Oberarmverrenkung (Luxatio humeri erecta) mit-

[1] Hier wären in Zukunft Untersuchungen mit Röntgenstrahlen sehr erwünscht. Red.

getheilt wird. Die eine derselben entstand bei einem Manne, der vorher schon 2mal eine Luxatio subcoracoidea erlitten hatte, während der andere Mann bei erhobenem Arm von oben auf eine scharfe Kante fiel. Die Luxatio humeri infraspinata kam bei einem Mann dadurch zu Stande, dass er, auf dem Bauch liegend, von einem Geschütz überfahren wurde, wobei der Oberarmkopf in die Grube hineingedrückt wurde. Ein Kadett erlitt eine divergirende Verrenkung der beiden Unterarmknochen durch Fall vom Reck, indem bei ausgedehnter Zerreißung der Bänder die Elle nach hinten, die Speiche nach vorn abwich. Die Verrenkung des Capitulum radii nach vorn kam 5mal durch Fall auf die nach hinten ausgestreckte Hand vor; für die Nachbehandlung wird die Befestigung des Vorderarmes gegen den Oberarm unter spitzwinkliger Beugung empfohlen. Recht komplicirt war der Entstehungsmechanismus in einem Falle von isolirter Verrenkung der Ulna nach vorn, indem der Verletzte beim Absprung von einem Wagen auf den gebeugten Arm fiel und zugleich ein herabfallender Tisch die Innenseite des Ellbogengelenks traf. Je eine Verrenkung des Metacarpus I und eine solche des Daumens nach vorn konnte nur blutig eingerichtet werden. — 2 Verrenkungen der Halswirbelsäule konnten eingerenkt werden, eine dagegen verlief tödlich. Eben so gelang die Einrenkung einer wahrscheinlich mit Bruch verbundenen Verrenkung des 3. Lendenwirbels durch Flaschenzug bei senkrechtem Aufhängen des Körpers in Armträgern bei einem Selbstmörder, der sich zum Fenster heraus auf den Hof gestürzt und außer einigen leichteren Verletzungen auch noch einen offenen Bruch des Ellbogengelenks zugezogen hatte.

Welche Bedeutung die Gelenkverstauchungen für die Armee haben, geht schon aus ihrer ungeheuren Zahl hervor, indem daran in den Berichtsjahren nicht weniger als 82518 Leute behandelt werden mussten. Leider erfahren wir die Anzahl der Behandlungstage nicht. Auch musste eine recht erhebliche Zahl Verletzter invalidisirt werden. — In der Gruppe der mechanischen Verletzungen überhaupt sind in unserem Zeitabschnitt von der Armee erkrankt nicht weniger als 340856 Mann mit 4066060 Behandlungstagen, und war ein Verlust zu beklagen von 175 Gestorbenen und 8296 anderweitig Abgegangenen. Dennoch wird hervorgehoben, dass die Häufigkeit der Verletzungen stetig abgenommen hat, indem sie im letzten Berichtsjahre nur 147,0‰, in dem Durchschnitt der 5 Jahre von 1881 bis 1886 dagegen 166,5‰ der Kopfstärke betragen hat. Andererseits kann aber auch nicht geleugnet werden, dass auch innerhalb der übrigen Krankheitsgruppen zahlreiche Verletzungen aufgezählt sind, so dass ein wirklich genaues Bild über die Häufigkeit der mechanischen Verletzungen dennoch nicht gewonnen werden kann. Es haben eben gar zu viele Erkrankungen aller Organe einen traumatischen Ursprung.

Von Allgemeinerkrankungen hat zunächst die Rose chirurgisches Interesse, welche zwar niemals epidemische Verbreitung gewann; immerhin aber sind doch im Winter 1892/93 in Thorn 23 Fälle hinter einander vorgekommen, bei welchen sich eine Übertragung von Person auf Person nachweisen ließ. Die alte Beobachtung, dass die Erkrankungen an Rose vorwiegend im Winter auftreten, konnte wiederum bestätigt werden. Meist waren kleine Verletzungen und Exkoriationen der Ausgangspunkt, nur selten größere Wunden und Verletzungen. Schwerere Zellgewebsentzündungen und Vereiterungen traten hauptsächlich bei solchen Fällen hinzu, bei welchen die Erkrankung an den Gliedmaßen aufgetreten war; auch war hier die Neigung zum Wandern ausgesprochener. Hinsichtlich der Behandlung sind Fortschritte nicht gemacht worden, nur die Anwendung des Ichthyols wird wenigstens in der Richtung gelobt, dass die Röthung und Schwellung der Haut, Spannungs- und Schmerzgefühl bald nachlassen, und damit das subjektive Krankheitsgefühl gebessert wird. Die Behandlungsdauer beträgt aber immer noch ca. 20 Tage.

Hinsichtlich der Diphtherie sei nur erwähnt, dass von 1312 diphtheriekranken Soldaten 576 schon mit Behring's Heilserum geimpft worden sind, wovon 16 = 2,8% starben, und dass es sich überall, zumal aber auch in einer größeren Epi-

demie in Oldenburg, vorzüglich bewährte. Doch sind unangenehme Nebenerscheinungen gleichfalls beobachtet worden, so 46mal Hautausschläge, 18mal Gelenkschwellungen. Lähmungen als Nachkrankheit wurden eben so wenig vermisst wie Albuminurien (39 Fälle).

Eine sehr geringe Sterblichkeit hatten die in der Armee aufgetretenen 384 Karbunkel, etwa 1%. Auch 2 Milzbrandinfektionen an einem Finger, darunter eine bei bakteriologischen Arbeiten erworbene, verliefen unter einem antiseptischen Verband mit Einpackung und Hochlagerung des ganzen Armes günstig.

Die wenigen Fälle von Pyämie und Septhämie, 121 an Zahl, schlossen sich vorwiegend an unbedeutende Verletzungen und Eiterungen an; 10 Kranke wurden geheilt. Bei der Sektion eines septhämischen Kranken wurden Eiterherde überhaupt gar nicht gefunden, nur ein äußerst schlaffes Herz; trotzdem gingen alle geimpften Thiere septisch ein. In einem während des Lebens als Unterleibstyphus gedeuteten Fall fanden sich bei der Sektion nur zahlreiche graugelbe, punktförmige Flecken in den Arterien, welche theils über die Intima hervorragten, theils in sie eingebettet waren und sich als Anhäufungen von Streptokokken erwiesen. Bei einem Kranken wurden im Blute sehr zahlreiche Staphylokokken gefunden, einige auch innerhalb der weißen Blutkörperchen; Schmierkur, viel Alkohol, Spalten jeder Eiteransammlung; Heilung unter allmählicher Abnahme der Kokken im Blute. Endlich sei noch ein 4. Fall kryptogenetischer Septhämie erwähnt, welcher schließlich in Heilung ausging; der Mann erkrankte unter Fieber, Störung des Allgemeinbefindens und Auftreten von Petechien in der Haut, dazu gesellte sich intermittirendes Fieber; darauf traten zuerst kleine Eiterherde an Hand und Vorderarm auf, welche durch große Einschnitte zu Gesicht gebracht wurden, endlich noch andere zerstreute Eiterherde. Hier wurden stets neben zahlreichen Streptokokken auch Bacillen des malignen Ödems im Eiter nachgewiesen.

Ob wirklich die verhältnismäßig zahlreichen Fälle, welche unter »Bluterkrankheit« aufgeführt werden, 43, auch wirklich dieser doch immerhin seltenen Krankheit mit Recht zugezählt werden dürfen, muss billig bezweifelt werden. In einem Falle ist die geringe Gerinnungsfähigkeit des Blutes ausdrücklich hervorgehoben; es handelte sich um Blutung aus polypösen Nasenwucherungen, welche trotz dauernder Tamponade der Nase binnen 25 Tagen zum Tode führte. Sehr bezeichnend ist die Geschichte eines erblich anscheinend nicht belasteten Mannes, welcher handgroße, schwappende Blutergüsse unter der Haut beider Kniescheibengegenden durch längeres Knieen bei Zielübungen erworben hatte. Ausserdem fanden sich auf den Kniescheiben und auf der Rückseite der Zehen alte Schwielen, ferner Verkrümmungen mehrerer Zehen durch Narbenkontrakturen der Sehnen, endlich Federn des Mittel- und Ringfingers beiderseits, alles offenbar Reste früherer Blutergüsse. Einem leichten Schlag auf den Oberarm folgte am nächsten Tage sogleich ein größerer Blutaustritt.

Von bösartigen Geschwülsten herrscht wegen des jugendlichen Alters der Soldaten das Sarkom vor, doch sind namentlich bei älteren Unterofficieren auch Krebse vorgekommen. Mehrmals wird die Entwicklung der Geschwulst auf bestimmte Verletzungen zurückgeführt. So wurde unter dem Druck des Tornisterriemens 1mal ein braunes Muttermal an der Brust in eine schwarze, schnell zerfallende Geschwulst umgewandelt.

8mal kam Aktinomykose vor, welche 1mal, am Unterkiefer sitzend, ohne Eingriff heilte. 1mal saß der Herd in der Gegend der rechten Niere außerhalb des Bauchfells und hatte zu Verschleppungen in die Niere und Leber geführt. Bei 2 Leuten war die Erkrankung vom Brustbein ausgegangen und hatte das Brustfell, schließlich auch bei einem die Lunge ergriffen, wodurch der Tod veranlasst wurde.

Beim Tetanus wurde mehrfach die Eingangspforte für die Infektion aufgefunden, so 1mal eine kleine Verletzung der Fußsohle durch einen Nagel, 3mal lag eine Verletzung der Finger vor, welche 2mal im Stall, 1mal in einem Theatersaal erfolgt war, 1mal endlich schien der Ausgangspunkt eine kleine Platzpatronen-

verletzung am Knie gewesen zu sein. Mehrmals lagen erhebliche Zeiträume, 11, 14, ja 16 Tage zwischen Verletzung und Ausbruch des Tetanus. Der Ausgang in Tod konnte weder durch die ältere Behandlung mit Chloral und Morphium, noch durch Anwendung des Tetanus-Antitoxins nach Tizzoni abgewendet werden. In den mit dem letzteren behandelten 2 Fällen war durch Impfung von Mäusen die Natur des Infektionsstoffs in den Wundflüssigkeiten nachgewiesen worden, obgleich nur 1mal darin die Bacillen selbst aufgefunden werden konnten.

Besonders reichhaltig sind Beobachtungen über periphere Nervenlähmungen, welche sich zuweilen auf eine Verletzung zurückführen lassen, ohne dass aber die sekundäre Nervennaht des durch Stich durchtrennten N. ulnaris, welche in einem Falle ausgeführt wurde, mehr als geringe Besserung erzielt hätte. Hinsichtlich der Trommlerlähmung nach v. Zander wird an der Ansicht festgehalten, dass es sich um eine Beschäftigungsneurose handle, und wird dieselbe durch mehrere Fälle zu stützen versucht, in denen die Beobachter neben leichter Abmagerung der in Frage stehenden Muskelgruppen auch theilweise Aufhebung, theilweise Herabsetzung der galvanischen und faradischen Erregbarkeit fanden. Ein Beobachter fühlte sogar die Sehne des Extensor pollicis longus zwar schlaff, aber unverletzt durch die Haut hindurch. Ob es wirklich möglich ist, die Sehne im ganzen Verlauf durch die dicke Haut der Soldatenhand bei Lähmung vollkommen sicher durchzufühlen, muss dem Beobachter zu verantworten überlassen bleiben. Doch wird im Bericht selbst auf die durch die derbe Hautbeschaffenheit hervorgerufenen Schwierigkeiten hingewiesen, freilich nur hinsichtlich der elektrischen Untersuchung. Jedenfalls fordert die so äußerst schlechte Prognose — 10 Mann dienstunbrauchbar, 1 dienstfähig, aber unter Aufgeben des Trommelns — zu weiteren genauen Beobachtungen auf. Vielleicht handelt es sich in der That um zwei ganz verschiedene Zustände, eine Beschäftigungsneurose und eine Zerreißung der Sehne des Extensor pollicis longus. Von weiteren Einzelheiten sei noch erwähnt eine Lähmung des N. peroneus und eine solche des M. deltoides, welche als Folgekrankheiten des Trippers aufgetreten waren.

Eiterherde im Gehirn wurden in 2 Fällen durch Eröffnung der Schädelhöhle aufgesucht und entleert. Der Sitz war 1mal der linke Schläfenlappen, 1mal das linke Kleinhirn; doch wurde der Tod der Kranken nicht verhütet, da in der Umgebung der Herde ausgedehnte Erweichung des Hirns bestand.

In einer größeren Reihe von Fällen wird über traumatische Hysterie, bezw. Neurose berichtet, auf welche des näheren einzugehen zu weit führen würde.

In immer steigender Zahl wird in den Garnisonlazaretten der Brustschnitt bei Empyem ausgeführt. Die Erfolge werden ausführlich zusammengestellt und mit den Zusammenstellungen Schede's verglichen. Während Dieser für die Operation im Allgemeinen eine Sterblichkeit von 12,3%, für die Garnisonlazarette allein eine solche von 15,5% berechnet, ist sie in letzteren 1892/94 auf 10,2%, 1894/96 sogar auf 9,5% der Operirten herabgegangen. Am besten waren die Erfolge bei den metapneumonischen Empyemen, indem sie nur eine Sterblichkeit von 8,0 bezw. 7,8% aufwiesen, während Schede sie allgemein auf 13,9%, im Hamburger Krankenhause auf 11,6, in den Garnisonlazaretten nach den früheren Berichten sogar auf 16,5% angiebt. Bei den idiopathischen Empyemen waren die Erfolge weniger gut, auch bei ihnen ging aber die Sterblichkeit von 13,9 im Zeitraum 1892/94 auf 12,6% im Zeitraum 1894/96 zurück. In der überwiegenden Mehrzahl wurde der Schnitt mit Rippenresektion verbunden, 1892/94 in 77,0, 1894/96 in 82,6% aller Operationen. Endlich hatten die Brustschnitte bei sekundärem und metastatischem Empyem, 57 an der Zahl, eine Sterblichkeit von durchschnittlich 30,0%; auch hier lässt sich ein Rückgang derselben von 31,6 im Zeitraum 1892/94 auf 28,9% in demjenigen 1894/96 erkennen. Sehr richtig weisen die Berichte darauf hin, dass die Behandlungsdauer den Verhältnissen entsprechend in den Garnisonlazaretten erheblich länger sein muss, als in den Civilkrankenhäusern, aus denen vielfach der Übertritt in ambulatorische Behandlung erfolgt. Auch wird gegen Schede's Ansicht über den günstigeren Ausgang bei Wahl

einer möglichst abhängig gelegenen Stelle für den Einschnitt geltend gemacht, dass in den Garnisonlazaretten auch in den letzten Jahren meist zwischen 6. und 7. Rippe operirt, trotzdem aber ein zunehmend besseres Resultat erzielt wurde. Ref. möchte doch darauf hinweisen, dass noch eine dritte Möglichkeit existirt, nämlich die, dass die erhebliche Herabsetzung der Sterblichkeit auf die fortschreitende Verbesserung der Behandlungsmethoden im Allgemeinen, so wie auf das frühzeitigere Einschreiten und die zunehmende technische Erfahrung der einzelnen Operateure zu beziehen sein möchte, der Schede'sche Satz aber dennoch zu Recht bestehen könnte.

Hinsichtlich der Zugänge an venerischen Erkrankungen war seit 1887/88 ein Steigen zu bemerken gewesen von dem niedrigsten Satze des letzteren Jahres 26,3‰ der Kopfstärke an bis auf 32,9‰ im Jahre 1893/94. Erst im Jahre 1894/95 beginnt sich ein Sinken des Zugangs geltend zu machen, und zwar auf 29,3‰ der Kopfstärke, welches auch im Jahre 1895/96 noch anhält, indem es bis auf 25,3‰ der Kopfstärke herabgeht. Charakteristisch ist dabei, dass an diesem Sinken der Erkrankungsfrequenz alle Armeekorps fast gleichmäßig betheiligt sind, dass es sich mithin wohl kaum um Zufälligkeiten handeln kann.

In den, wie stets, den Berichten beigefügten Operationslisten sind dies Mal die schon früher besonders besprochenen Thorakotomien fortgelassen, so weit sie nicht gerade ein besonderes Interesse darbieten. Die Liste für den Zeitraum 1892/94 in I enthält 317, diejenige für 1894/96 in II 324 Operationen. Es ist natürlich unmöglich, im Einzelnen darauf einzugehen, wir müssen uns darauf beschränken, zu erwähnen, dass die Eröffnung des Warzenfortsatzes bei Eiterungen des Mittel- etc. Ohres nach den verschiedenen Methoden in immer steigender Anzahl geübt worden ist, und dass damit sehr erfreuliche Erfolge erzielt worden sind. Eben so gewinnt die Anzahl der Hydrocelenoperationen unter Bevorzugung der Volkmann'schen Methode immer mehr Anhänger unter den Militärärzten, und wird durch sie noch mancher Soldat dem Dienst erhalten, welcher ohne sie demselben verloren gehen würde. Von Laparotomien sind im Bericht I aufgezählt 9, im Bericht II deren 22, und zwar davon 11 wegen perforirender Verletzungen oder subkutanen Zerreißungen nach Traumen. Auch bei ausgesprochener Peritonitis ist mehrfach noch versucht worden, durch den Bauchschnitt Heilung zu erreichen, meist freilich ohne das erstrebte Resultat.

Bemerkenswerth sind 2 Heilungen durch Operation bei Leberechinokokken und 2 andere bei Pankreascysten. Recht zahlreich, 34 in beiden Berichtszeiträumen zusammen, sind auch die Operationen bei Epityphlitis, häufig mit günstigen Erfolgen, theilweise sogar bis zur Erhaltung der Dienstfähigkeit, obgleich auch noch einzelne Geheilte wegen der zurückbleibenden großen und störenden Narben als Invaliden entlassen werden mussten. Nicht Wunder nehmen kann es, dass nur wenig Bruchleidende sich zur Bruchoperation entschlossen haben, da es den meisten wünschenswerther erscheint, durch den Bruch ihre Dienstfähigkeit einzubüßen, vielleicht sogar noch eine kleine Rente zu erlangen, als ihn los zu werden. Dennoch wurden 15 theilweise eingeklemmte Brüche operirt und bei 4 Leuten sogar die Dienstfähigkeit erhalten, da, wenigstens vorläufig, kein Bruch mehr hervortrat. — Neben einer Anzahl von Diaphysenresektionen wurden auch mehrere Gelenkresektionen gemacht, zusammen 23, und wenn auch die Dienstfähigkeit dadurch naturgemäß nicht erhalten werden konnte, so sind die Resultate quoad vitam ausgezeichnet (kein Todesfall) und quoad functionem mehrfach sehr schön. Die Zahl der ausgeführten Amputationen beträgt 114 mit 16,7% Sterblichkeit, die der Exartikulationen 19 mit 15,7% Sterblichkeit. Bedenken wir, dass unter den Amputationen diejenigen des Oberschenkels, überwiegen und unter den Exartikulationen sich auch 3 des Hüftgelenks (Mortalität =0) befinden, so kann man auch diese Resultate nur als günstige bezeichnen und die Sanitätsofficiere wegen derselben beglückwünschen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

10) **Korsch und Velde.** Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem griechisch-türkischen Krieg 1897.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1898. Hft. 10 u. 11.)

Die nach Griechenland gesandte Abordnung des Deutschen rothen Kreuzes war in ihrer ganzen Ausstattung hauptsächlich darauf berechnet, an Stelle eines Deutschen Reservelazarettes zu treten, doch auch allenfalls eine andere Verwendung in mehr vorgeschobener Linie zu finden. Die Umstände brachten es mit sich, dass schließlich sich ihre hauptsächlichste Thätigkeit in letzterer Verwendungsart entfaltete, indem sie nach der Schlacht bei Dhomokos geradezu an Stelle eines Hauptverbandplatzes trat. Sie etablirte sich in unmittelbarer Nähe des Kriegsschauplatzes in Hagia Marina, welches mit jenem durch eine eben fertiggestellte Eisenbahnstrecke verbunden war, andererseits durch seine Lage an der See den Abschub Verwundeter auf Transportschiffen gestattete. Gleich das Ausschiffen und die erste Einrichtung wurde durch das Eintreffen eines Zuges mit etwa 100 Verwundeten erschwert, von denen der größte Theil sofort mit dem entleerten Transportdampfer zurückgesendet wurde; nur 10 Schwerverwundete blieben zurück. Bei diesen ersten Einrichtungsarbeiten wurde das Personal (2 Ärzte: Oberstabsarzt K., Stabsarzt V., 2 Lazarettgehilfen, 5 Krankenpflegerinnen) durch freiwillige Sanitätsmannschaften des griechischen rothen Kreuzes unterstützt. Am Tage nach der Schlacht von Dhomokos langten nach und nach etwa 500 Verwundete an, von denen 300 sofort eingeschifft, die übrigen 200 zunächst gelagert, gespeist und erst am nächsten Morgen eingeschifft wurden. Nur ein Theil dieser meist schwer Verwundeten konnte von den beiden Ärzten mit guten Verbänden versehen werden. Noch weitere Verwundete wurden am 19. Mai eingeliefert, schon bald darauf aber musste das Ganze abgebrochen und nach Athen eingeladen werden, woselbst inzwischen ausreichende Veranstaltungen für die Verwundetenpflege getroffen worden waren, so dass eine abermalige Etablirung nicht mehr angebracht gewesen wäre. Allein in Athen konnten die Ärzte der Abordnung einen großen Theil ihrer Verwundeten wiederfinden. Bemerkt sei hierzu noch, dass außer der Deutschen überhaupt keine Lazarettanlage auf dem thessalischen Kriegsschauplatz vorhanden war.

Der Krieg traf das griechische Militärsanitätswesen in wenig vorbereitetem Zustand, doch wurde erfolgreich an Ausfüllung der Lücken gearbeitet, und zwar sowohl von militärärztlicher Seite, als auch von der freiwilligen Hilfe. Im Ganzen sind die Verluste der Griechen nicht groß, indem einschließlich Officiere verwundet und getödtet wurden 3065 bei einer Streiterzahl von 66500, was also einen Verlust von etwa 4,6% ausmacht. Gefallen sind 724, d. h. also wenig über 1 vom Hundert.

Die überwiegende Zahl der im Lazarett behandelten 170 Verwundungen war durch Gewehrgeschosse gesetzt, nämlich 153, und zwar waren wohl stets ältere großkaliberige Geschosse benutzt. Unter den übrigen Verwundungen befand sich nur 1 durch Bajonett, 5 durch indirekte Geschosse, 9 durch Granatsplitter und mindestens 2 durch Shrapnellkugeln. Bei beiden letzteren waren die Geschosse steckengeblieben, so dass sie nachgewiesen werden konnten; doch hatten die Hautwunden sich von denen der Gewehrgeschosse nicht unterschieden, wie ja schon bekannt ist. Einige Verwundete wiesen 2, einer sogar 3 Schusskanäle auf.

Ein- und Ausschussöffnungen konnten zuweilen nicht unterschieden werden, meist aber waren letztere unregelmäßig, 3- und 4eckig, schlitzförmig, zuweilen strahlenförmig. Die Entfernung war selten, die Stellung im Augenblick der Verwundung zuweilen festzustellen. Mehrfach wurden Kontourirungen beobachtet. Ausgedehnte Muskelverletzungen, offenbar durch Granatsplitter, kamen mehrfach vor, Gefäße und Nerven schienen zuweilen dem verwundenden Geschoss ausgewichen zu sein. In den Ausschussöffnungen fanden sich einige Mal Knochensplitter.

Der günstige Verlauf der Brustschüsse konnte wiederholt auch noch später verfolgt werden. Auffallend war, dass meist sich nach 24 Stunden Pneumo-

thorax nicht mehr auffinden ließ, wie dies auch andere Kriegschirurgen schon bemerkt haben. Außer den übrigen Verhältnissen, welche dem Eintritt größerer Luftmengen in die Brusthöhle entgegenstehen, finden die Verff. den Grund hierfür in dem häufigen Vorhandensein von pleuritischen Adhäsionen.

4 perforirende Bauchschüsse führten zum Tode, 1 schon nach 2 Stunden, die übrigen erst nach Tagen und nach einem Rücktransport. Unter diesen befand sich auch ein Mann, dessen 10 cm lange Wunde nach Reposition einer vorgefallenen Darmschlinge primär auf dem Schlachtfeld genäht worden war. Obgleich noch bei mehreren Verwundeten Eröffnung der Bauchhöhle angenommen werden musste, eine Operation aber nicht gemacht wurde, konnte doch Heilung festgestellt werden.

Primäre Operationen wurden von der Abordnung nur in höchster Beschränkung ausgeführt, vielmehr die alsbaldige Bedeckung der Wunden mit sterilisirtem Verbandmaterial fast schematisch durchgeführt; von antiseptisch imprägnirtem Material wurde nur Jodoformgaze zur unmittelbaren Bedeckung der Wunden benutzt. Als aber große Massen Verwundeter zu versorgen waren, ging der vorhandene Vorrath an sterilisirtem Material aus, und die zur Verfügung stehenden Sterilisationsapparate vermochten dem Bedarf nicht rasch genug zu entsprechen, so dass man schließlich zur Benutzung nicht sterilisirter Stoffe greifen musste, wie sie in der Fabrik verpackt und mitgeführt worden waren. Schädliche Folgen dieser Benutzung konnten nicht entdeckt werden. Dem Ref. scheint diese Thatsache bedeutungsvoll, da sie die Möglichkeit beweist, im Felde sterilisirtes Material gut verpackt der Ausrüstung der Feldheilanstalten beizugeben, ohne dessen Infektion befürchten zu müssen. Hier war sogar nicht sterilisirtes Material im praktischen Sinne keimfrei geblieben, wenn sich auch bei der bakteriologischen Prüfung vielleicht Keime gefunden haben würden.

Stets wurde angestrebt, die Verbände als Dauerverbände anzulegen, ein Grundsatz, der nicht energisch genug empfohlen werden kann. Leider war der Gebrauch von Diagnosetäfelchen den Griechen unbekannt, so dass die angelegten Verbände meist bald gewechselt wurden. Zur Immobilisation wurden Schienen aus Gipsbindenstreifen bevorzugt; wenig beliebt waren die Volkmann'schen Schienen, die häufig Decubitus bewirkten. Die sonst sehr empfehlenswerthen Gipswatteschienen nach Breiger werden zu schwer trocken und hart. Auch von Benutzung der Blechschienen wurde ganz Abstand genommen.

Werth wurde auf Reinigung der Wundumgebung gelegt, welche meist durch blutigen Brei stark verunreinigt, selten trocken gefunden wurde. Zugleich wurden mit dem Rasirmesser die oberflächlichen Epidermisschichten abgeschabt, was die Verff. für wichtiger halten, als das Entfernen der Haare. Übrigens wird aber zugestanden, dass bei starkem Zugang im Drang der Geschäfte diese principiell als nothwendig angesehene Reinigung immer mehr eingeschränkt werden musste.

Narkotisirt wurde nicht, schon des Zeitaufwandes halber. Trotz aller eingeführten Einschränkungen aber vermochten die beiden Ärzte nicht, mehr als etwa 100, meist allerdings Schwerverwundete in 16stündiger Arbeit mit Verbänden zu versehen! Es wird daher mit Recht auf die Nothwendigkeit hingewiesen, auf den Verbandplätzen diejenige Abtheilung, der das Anlegen der Verbände zufällt (Verbandabtheilung der Deutschen Kriegs-Sanitäts-Ordnung) mehrfach zu besetzen, so dass sie in mehreren Gruppen gleichzeitig arbeiten kann.

Schließlich sei noch erwähnt, dass das Bedecken des Operationstisches und der Verwundeten mit sterilen Tüchern nicht durchgeführt werden konnte. Da Verff. hier dies Bedecken als eine Forderung des Ref. (Vorlesungen über Kriegschirurgie p. 131) anführen, sosei bemerkt, dass sie sich nicht auf das Anlegen von Verbänden bezieht, sondern nur für das Ausführen von Operationen aufgestellt wurde, die primär so selten nöthig sind, dass ein sehr erheblicher Bedarf an Tüchern durch ihre Erfüllung nicht bedingt werden würde.

Lühe (Königsberg i/Pr.).



11) **Stevens.** Report of five cases of wounds by the Mauser bullet, with remarks.

(Boston med. and surg. journ. 1898. September.)

S. berichtet kurz über die von ihm bei Verletzungen mit dem Mausergewehre (Cuba) gemachten Beobachtungen. Außer wenn direkt lebenswichtige Organe getroffen waren, oder ricochettirende Kugeln schwere Verletzungen gemacht hatten, waren, selbst bei äußerst ungünstigen äußeren Verhältnissen, die Wunden für den Empfänger meistens wenig gefährlich, machten ihn nur in geringem Maße kampfunfähig und erforderten wenig Behandlung. Sobald der Chirurg gelernt hatte »die Hände davon zu lassen« erfolgte rasche Heilung, häufig ohne Drainage. Die 5 angeführten Fälle dienen als Beläge für diese Beobachtungen; in einem derselben war der erst 4 Tage nach der Verwundung in Behandlung kommende, durch die rechte Lunge geschossene Soldat bis zu seiner Genesung überhaupt niemals bettlägerig. **Willemer** (Ludwigslust.)

12) **De la Camp** (Hamburg). Zur Kasuistik der Lokalisation von Geschossen im Schädel mittels Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. II. Heft 1.)

De la C. hat dieselbe Erfahrung gemacht, wie schon mancher Andere, dass nämlich der Nachweis von Fremdkörpern im Körperinnern mittels Röntgenstrahlen meist sehr leicht ist, die genauere Lokalisation dagegen recht oft auf größere Schwierigkeiten stößt. Zwei sehr schön gelungene Röntgenbilder bestimmten ihn, den Sitz eines Geschosses im Boden der linken Keilbeinhöhle anzunehmen und operativ vorzugehen. Trotz $^5/_4$stündigen Suchens fand er das Geschoss nicht und musste die Operation abbrechen. Er hat dann weitere photographische Aufnahmen gemacht und schaffte sich dabei Orientirungspunkte — einerseits durch eine um den Kopf gelegte Drahtschlinge, andererseits durch eine in die linke Keilbeinhöhle eingeführte Sonde. Aus den sogenannten Bildern glaubt er den Sitz des Fremdkörpers bestimmen zu können; von einer weiteren Operation sah er ab, da er von dem Fremdkörper wegen seiner Lage im Keilbeinkörper keinen schädlichen Einfluss erwartete. **H. Wagner** (Breslau).

13) **Seydel** (München). Schussverletzung des Unterleibes, des Zwerchfells, des Herzbeutels und der Lunge, Heilung.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1898. Juli.)

Schussverletzung eines Knaben. Selbstmordversuch mittels Revolver, runder Einschuss von 0,5 cm Durchmesser unterhalb Proc. ensiformis links von der Mittellinie. Erweiterung der Wunde zeigt, dass das Geschoss zwar in die Bauchhöhle eingedrungen ist, dort aber kein Organ verletzt und seinen Weg gegen das Zwerchfell genommen, dieses und den Herzbeutel durchbohrt hat und in die Lunge eingedrungen ist. Tamponade des Herzbeutels, Naht des Zwerchfells und der Bauchdecken bis auf eine Öffnung im oberen Wundwinkel für den Tampon. Allmählich steigt die schon anfänglich vorhandene Behinderung der Athmung zu völliger Dyspnoë und Cyanose, die Herzthätigkeit wird schwach. Die Verbreiterung der Herzdämpfung und Schwäche der Herztöne zeigt, dass es sich um Blutansammlung im Herzbeutel handelt. Herstellung eines besseren allmählichen Abflusses des angestauten Blutes genügt zur Beseitigung der bedrohlichen Erscheinungen; es bildet sich noch ein mäßiger Hämothorax aus, allmähliche Genesung nach Aufsaugung des Extravasats. Durch Untersuchung mit Röntgenstrahlen wird gezeigt, dass das Geschoss in der Höhe der Mitte des Schulterblatts in die linke Lunge eingeheilt ist, wo es keinerlei Beschwerden verursacht. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

14) **T. Vaughan.** Gunshot wound of the abdomen: ten intestinal perforations and twelve perforations of the mesentery; operation, recovery.

(Medical News. 1898 Juli 23.)

31jähriger Mann erhielt einen Pistolenschuss in die linke Seite des Leibes. Kein Erbrechen, kein Shock, nur heftige Schmerzen. Die Einschusswunde war

2 cm über der Mitte einer vom Nabel zur Spina anterior superior gezogenen Linie. Laparotomie etwa eine Stunde nach der Verletzung. Es fanden sich im unteren Theil des Jejunum 8, im Ileum 2 Perforationen, ferner 12 Perforationen des Gekröses. 20 dieser Perforationen wurden vernäht, meist mit einfacher Nahtreihe, nur 2 Wunden im Mesenterium wurden wegen mangelnder Blutung nicht genäht. Das Geschoss fand sich im großen Netz. Operationsdauer $2^1/_2$ Stunden. Heilung.

Strauch (Braunschweig).

15) **A. Partenheimer.** Über Schussverletzungen der Milz.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1898.

Den von Edler 1887 zusammengestellten 42 Schussverletzungen (und 2 Schusskontusionen) der Milz fügt P. aus der Litteratur gesammelte 5 Fälle (Ziegler [2], Zimmer, Tiffany [geheilt], Mosetig-Moorhof und einen bisher nicht veröffentlichten von Madelung operirten Fall) bei.

8. Februar 1898 gegen 1 Uhr 7 mm-Revolverschuss durch Selbstmordversuch in die linke Brust eines 25jährigen Mannes. 2 Uhr Aufnahme in die Straßburger chirurgischen Universitätsklinik: Respiration 40, Puls kräftig, voll, 75 in der Minute. Einschussöffnung zwischen Parasternal- und Mammillarlinie in der Höhe der 5. Rippe, blutet wenig. Herzdämpfung nicht vergrößert. Auskultation ergiebt reine Töne. Das Athemgeräusch ist links hinten unten abgeschwächt. Eben daselbst Dämpfung 3 Finger breit. Über dem Traube'schen Raum ist hochtympanitischer Schall. Links in der seitlichen Bauchgegend und in der Milzgegend besteht leicht gedämpfter tympanitischer Schall. Schmerzen in der linken Seite, der Milzgegend entsprechend. Pat. sieht nicht verfallen, nicht blass aus. $5^1/_2$ Uhr Nachmittags: verfallenes Aussehen, Puls rascher (85) schwächer. Dämpfung in der Milzgegend hat sich nach der Mittellinie vergrößert, die Herzdämpfung nach links verbreitert, so dass der Spitzenstoß unfühlbar wird.

6 Uhr Abends (5 Stunden post trauma) Operation in Chloroformnarkose. Nach Spaltung des Schusskanals zu Orientirungszwecken, Laparotomie durch einen 25 cm langen Schnitt unter und längs dem linken Rippenbogen. Faustgroßes Blutgerinnsel zwischen Magen, Milz und Därmen. Wunde im Zwerchfell links vom Foramen oesophageum, Lochwunde auf der Vorderseite des Magens am Fundus nahe der Cardia, 5 cm davon auf der Hinterseite des Magens Austrittsstelle des Geschosses näher der Curvatura major. Nahe dem Hilus ist eine Schusszertrümmerung der Milz, von der Konkavität bis zur Konvexität durchtretend. Das Geschoss wird nicht gefunden. Die Magenwunden werden durch Lembertnähte geschlossen, die Milz wird nach Massenligatur der Hilusgefäße unter Zurücklassung ganz geringer Partien Milzgewebes exstirpirt. Tamponade der Milznische nach Mikulicz, Kochsalzinfusion von 250 g. 10. Februar 1898 Tod Morgens 6 Uhr unter Kollapserscheinungen bei aufsteigender Temperatur.

Bei der Sektion ergiebt sich, dass das Geschoss nach Durchbohrung der Milz nochmals durchs Zwerchfell (11 cm langer Spalt) in die Pleura eingetreten war, an der Umschlagsstelle zwischen Pleura diaphragmatica und costalis; es hatte an der 11. Rippe 5 cm von der Spitze entfernt aufgeschlagen und war inmitten eines geringfügigen Blutgerinnsels in der Pleurahöhle gefunden worden. 300 ccm Blut im linken Brustraum aus einer (nicht genau beschriebenen) Lungenverletzung stammend. Herzbeutel und Herz nicht verletzt.

Von den im Ganzen 48 Schussverletzungen der Milz (davon 10 Kriegsverletzungen) gingen 8 in Heilung aus, 40 endeten tödlich (83,3%). Bei unkomplicirten Milzschussverletzungen starben 44,4%, von den komplicirten 92,3%.

Winkelmann (Barmen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 4. Februar.** **1899.**

Ernst Gurlt †.

Am 8. d. M. ist Ernst Gurlt nach nur kurzem Krankenlager im 74. Lebensjahre gestorben. Mit ihm hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ihren ständigen 1. Schriftführer, der nie gefehlt und 27 Jahre hindurch die Verhandlungen der Gesellschaft mit stets gleicher Sorgfalt veröffentlicht hat, und eins ihrer wenigen Ehrenmitglieder verloren. Damit ist ausgesprochen, dass aus dem Kreis der Deutschen Chirurgen einer ihrer tüchtigsten, geschätztesten und eigenartigsten Arbeiter geschieden ist. Die medicinische Litteratur wie chirurgische und pathologisch-anatomische Sammlungen durchforschen, die Materialien sammeln, sichten, kritisch ordnen und wissenschaftlich bearbeiten und bald in kürzeren Journalartikeln, bald in großen Monographien das Resultat seiner Studien veröffentlichen, das war die Lebensarbeit des Verstorbenen, der er von Jugend an in emsigstem Fleiß seine ganze Zeit widmete. Zur praktischen Chirurgie zog es ihn wohl weniger hin, obwohl er das Glück hatte, nach abgelegtem Studium und mehrjährigen Reisen in das Ausland, 4 Jahre hindurch Assistent der v. Langenbeck'schen Klinik zu sein und sich an den Kriegen der Jahre 1848, 1864, 1866 und 1870/71 in verschiedenen ärztlichen Stellungen zu betheiligen. Seine Vorlesungen — nachdem er 1853 Privatdocent und 1862 außerordentlicher Professor geworden — beschränkten sich wesentlich auf das Gebiet der Knochenbrüche und Verrenkungen und der chirurgischen Operationen, welch letzteren er seinen »Leitfaden für Operationsübungen am Kadaver« zu Grunde legte, das Vorbild so mancher

später verfassten ähnlichen Bücher, das, in 6 Auflagen erschienen, wesentlich dazu beigetragen hat, die Operationsprincipien seines verehrten Meisters v. Langenbeck zu verbreiten.

Doch diese Vorlesungen und Kurse waren für Gurlt nur Nebenbeschäftigungen, seinen Lebensberuf fand er in den litterarischen Leistungen. Seine ersten Arbeiten beschäftigten sich mit Vorliebe mit den Krankheiten der Knochen und Gelenke: schon die Dissertation behandelte die Knochenveränderungen bei Rachitis; dann erschienen seine »Beiträge zur vergleichenden pathologischen Anatomie der Gelenkkrankheiten« und die Abhandlung »Über einige durch Erkrankung der Gelenkverbindungen verursachte Missstaltungen des menschlichen Beckens«. Vor Allem aber machte ihn bekannt sein, leider nicht vollendetes »Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen«, das mit seinem Erscheinen alle früheren Arbeiten über das gleiche Thema in den Schatten gestellt hat und eine Fundstätte für jeden späteren Schriftsteller auf gleichem Gebiet geworden.

Dann interessirte Gurlt vor Allem die ärztliche Thätigkeit im Krieg nach allen ihren Richtungen hin. Schon 1859 schrieb er »Über den Transport Schwerverwundeter und Kranker im Krieg«, 1864 gab er »Militärchirurgische Fragmente« heraus, 1868 erschien, von ihm mit deutschem und französischem Text versehen, der große Atlas von »Abbildungen zur Krankenpflege im Feld«, 1873 sein eminent fleißiges Werk »Zur Geschichte der internationalen und freiwilligen Krankenpflege im Krieg«, von dem er selbst rühmen durfte, es nehme wesentlich ein kulturhistorisches Interesse für sich in Anspruch und liefere einen Beitrag zur Geschichte der humanitären Bestrebungen zur Erleichterung des Loses der von den Leiden des Kriegs Betroffenen. 1879 endlich erschienen »Die Gelenkresektionen nach Schussverletzungen«, das Buch, das, die Erfahrungen von 100 Jahren sammelnd, ein absolut vollständiges Bild von den Leistungen der Chirurgie auf dem bezeichneten umschriebenen Gebiet gewährt. Daneben her aber erledigte Gurlt die Redaktion der Zeitschrift »Kriegerheil«, des Organs des Deutschen Vereins vom rothen Kreuz.

Weiter veröffentlichte Gurlt — abgesehen von einer größeren Anzahl kleinerer Abhandlungen, die er in verschiedenen Zeitschriften erscheinen ließ — in den Jahren 1859—1865 »Berichte über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie«, verfasste zahlreiche Artikel zuerst für die medicinisch-chirurgische Encyklopädie von Prosch und Ross, dann für Eulenburg's Real-Encyklopädie, weiter für die Allgemeine deutsche Biographie, endlich für das »Biographische Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker«, das er zu der größeren Hälfte auch selbst redigirte. Er war ständiger Mitarbeiter und zeitweiliger Mitredakteur des Virchow-Hirsch'schen Jahresberichts, Mitredakteur des Archivs

für klinische Chirurgie von dessen Gründung an, endlich, wie schon erwähnt, ständiger 1. Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Herausgeber ihrer Verhandlungen, für die er seit Jahren die Narkosenstatistik bearbeitet hat.

Wer da weiß, nicht allein welch immenses Material in all diesen Arbeiten bewältigt ist, sondern auch, wie sicher man auf allen Angaben des ruhelosen Arbeiters fußen kann, der nichts übersah, was in der Litteratur ihm zugängig war, der kann den Fleiß, die Zuverlässigkeit, den kritischen Geist des gelehrten Mannes nicht genug bewundern, nur staunen, wie er zu dieser Herkulesarbeit Zeit und Kraft finden konnte.

So war er 72 Jahre alt geworden; man konnte meinen, er habe der Arbeit genug geleistet. Da beschenkte er die staunende Mitwelt mit dem größten seiner litterarischen Werke, der »Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung — Volkschirurgie — Alterthum — Mittelalter — Renaissance«. In 3 gewaltigen Bänden hat er hier niedergelegt, was ihm die Durchforschung der Bibliotheken des In- und Auslands an Material geboten, hat sich versenkt in die Anschauungen der ältesten, kindlichsten Zeiten der Völker von chirurgischen Dingen, hat die klassischen Werke der griechischen, römischen und arabischen Zeiten so ausführlich und gewissenhaft excerpirt, dass man fortan sein Buch eben so gut, nur leichter als die oft schwer zugängigen und lesbaren Originale als Geschichtsquelle benutzen kann, hat den Wechsel chirurgischer Ideen und Leistungen im Wechsel der Zeiten besprochen, endlich das Wiederaufblühen der ärztlichen Kunst neben dem der anderen Künste und Wissenschaften im Jahrhundert der Renaissance geschildert.

Unempfindlich für den Ruhm und den Lohn des Tages tröstete sich Gurlt, wenn er seine Werke überschaute, wohl mit dem Gedanken, dass er nicht nur für seine Zeit gearbeitet und geschaffen habe, sondern dass auch nach 100 Jahren seine Bücher noch ihren Werth besitzen und seinem Namen Ehre und Anerkennung verschaffen dürften. Ein Trost, des rechten Arbeiters der Wissenschaft würdig, aber auch ein stolzes Wort, das um so schöner klingt, als es sich bewahrheiten wird. Gurlt's Werke werden ihren Verfasser lange, lange überleben und werden, so lange eine wissenschaftliche Chirurgie gepflegt wird, zu den Grund- und Ecksteinen unserer Litteratur gerechnet werden.

Richter (Breslau).

(Aus der chirurgischen Klinik des Prof. Socin in Basel.)

I. Steriles oder antiseptisches Ligaturmaterial?

Von

Docent Dr. **C. Haegler.**

Tadellose primäre Wundheilungen gelten jetzt mit dem aseptischen Vorgehen wohl als Regel, und doch liest man in Jahresberichten oder in lückenlos aufgeführten Operationsstatistiken, dass im späteren Verlauf — event. nach Wochen und Monaten — sich einzelne Ligaturen ausstießen; besonders Kropfoperationen und Herniotomien sind für diese mehr langweilige als gefährliche Komplikation berüchtigt. Oft findet man sogar die Notiz, dass diese Ausstoßung von Ligaturen »steril« stattgefunden habe, d. h. dass der abgestoßene Faden oder das ihn umgebende serös-eitrige Sekret keimfrei befunden worden sei.

Man behalf sich mit der Annahme, dass der ligirte Stumpf nekrotisch geworden sei und nannte diese Vorgänge »Nekrosen-« oder »Fremdkörpereiterungen«, oder, dass chemische Produkte vom Ligaturmaterial in die Umgebung abgegeben worden seien und so eine Eiterung hervorgerufen hätten.

Ob die Progredienz dieser Eiterung — und eine solche muss wohl angenommen werden, da der Faden aus der Tiefe zur Oberfläche gebracht wird — damit erklärt wird, ist eine Frage, die hier nicht näher erörtert werden kann; Angesichts der Thatsache, dass bei jeder Operation kleine nekrotische Partien sich bilden, dass kleine auf chemischem Wege entstandene Eiterungen gewöhnlich resorbirt

werden, und nach meinen Untersuchungen in dieser Hinsicht muss ich die Frage verneinen.

Seit längerer Zeit mit dem Studium dieser Ligatureiterungen oder — euphemistisch gesagt — Ligaturabstoßungen, die auch in der Baseler chirurgischen Klinik wie anderwärts je und je vorkamen, beschäftigt, gelang es mir, eine Anzahl von Beobachtungen zu machen, welche mir eine Lösung der Frage zu bieten schienen. Ich fand nämlich in einigen Fällen, wo Ligaturen nach Monaten ausgestoßen wurden, ohne entzündliche Erscheinungen der Narbenumgebung zu veranlassen, dass allerdings das spärliche serös-eitrige Sekret in der Umgebung der Faden sich mikroskopisch und in den meisten Fällen auch kulturell keimfrei erwies; Schnitte aber durch den Fadenknoten (Seide) selber zeigten, dass zwischen den einzelnen Seidenfasern zahllose Keime eingelagert waren. Da ich diesen Befund mehrmals konstatiren konnte, so kann eine Zufälligkeit ausgeschlossen werden.

Auf die Frage, wie die Keime in den Faden gelangten event. warum sie sich so lange lebensfähig erhalten konnten — eine Frage, die in engem Zusammenhang mit der Händedesinfektion steht — gehe ich hier nicht näher ein; ich gestatte mir nur, die für die Praxis wichtigen Ergebnisse zu skizziren.

In der Baseler chirurgischen Klinik wurde seit Jahren im Dampf (oder durch Kochen in Wasser) sterilisirte Seide zu Unterbindungen verwendet. Bakteriologische Untersuchungen, die ich beim Vorkommen von Ligatureiterungen seit Jahren regelmäßig am Fadenmaterial, wie es von der Spule kam, anstellte, hatten immer ein negatives Resultat. Wenn nun ein solcher steriler Faden während der Operation (nicht unmittelbar nach dem Desinfektionsprocess der Hände) fest durch die Finger gezogen wird, wird er nie steril befunden, wenn nicht die Hand durch vorheriges Eintauchen in Sublimatlösung dem Faden eine Quantität Antisepticum mittheilt, welche das Auswachsen von Keimen in künstlichen Nährböden verhindert.

Da diese thermisch sterilisirten Faden also eine Gefahr für die Wundheilung bedingen können, stellte ich Untersuchungen mit antiseptischem Fadenmaterial an und wählte vorerst als Antisepticum das Quecksilbersublimat.

In zahlreichen Untersuchungen bei verschiedenen Operateuren habe ich gefunden, dass, während thermisch sterilisirte Seide nach Durchziehen durch die Finger in künstlichen Nährböden immer Keimwachsthum ergab, die Sublimatseide unter den gleichen Bedingungen immer ein negatives Kulturergebnis hatte. Dasselbe hatte sie sogar, wenn sie durch die ungewaschenen Finger oder durch Finger, die absichtlich schwer mit Keimen inficirt waren, gezogen wurde.

Seit Einführung der Sublimatseide als Unterbindungsmaterial ist in der chirurgischen Klinik zu Basel (4 Monate) keine Ligatureiterung mehr beobachtet worden.

Die Imprägnation der (entfetteten) Seide mit Sublimat geschieht sowohl durch kurzes Kochen als auch durch tagelanges Einlegen in starke wässrige Sublimatlösungen in sehr intensiver Weise, da die Seide das Sublimat (oder vielmehr dessen Hg) gierig an sich zieht, ein Punkt, auf den ich des Raumes wegen an anderer Stelle eingehen muss; hier möge nur erwähnt sein, dass auch Auswaschen der Sublimatseide in Wasser oder Alkohol ihr den Hg-Gehalt nicht mehr zu nehmen im Stande ist.

So lange wir unsere Hände während der Dauer einer Operation nicht sicher keimfrei halten können — und nach meinen Untersuchungen ist dies unmöglich — laufen wir mit dem thermisch sterilisirten Unterbindungsmaterial immer Gefahr, dass der mit Keimen verunreinigte Faden zu Komplikationen des Heilverlaufs Veranlassung giebt.

Wenn irgend wo, so glaube ich, dass hier — für das Unterbindungsmaterial — ein Zurückschwenken zur Antiseptik am Platze ist, und wenn auch jetzt schon vorsichtshalber an anderen Orten antiseptisches Unterbindungsmaterial benutzt wird, so mag eine experimentelle Stütze dieser Vorsichtsmaßregel nicht ohne Interesse sein.

II. Exstirpatio recti abdomino-vaginalis.

Von

Dr. Carl Schwarz,

Primararzt in Agram, Kroatien.

Zu den verschiedenen, bisher geübten Methoden der Mastdarmoperationen — ich will nur die perinealen, sacralen, parasacralen, vaginalen und perineo-vaginalen nennen — noch eine neue hinzuzufügen, scheint wohl kaum einem dringenden Bedürfnis zu entsprechen. Dennoch wage ich es, da sie mir für manche Fälle kaum entbehrlich, für viele andere einige beachtenswerthe Vortheile vor den erwähnten Operationswegen zu haben scheint.

Der Fall, der mir die Idee zu dem zu beschreibenden Vorgang aufdrang, war der folgende:

Bara A., 50 Jahre alt, aus Kopreinitz, wurde am 26. Oktober 1898 ins Spital aufgenommen.

Anamnese: Seit Februar 1898 Stuhlbeschwerden, Verstopfung mit heftigen Diarrhöen abwechselnd. Später trat Abgang von Schleim und Blut hinzu, so dass gegenwärtig Pat. stets damit verunreinigt ist. In letzter Zeit stetig an Heftigkeit zunehmende Bauchkrämpfe, die schließlich die Pat. bewogen, das Spital aufzusuchen.

Stat. praes. Skelettartig abgemagertes kleines Weib von greisenhaftem Aussehen. Brustorgane normal. Das Abdomen ist trommelartig aufgetrieben. Durch die dünnen Bauchdecken sieht man eine ruhelose, energische Peristaltik der Därme, scheinbar Dünn- und Dickdarm betreffend. Der Analöffnung entsprechend ist ein kleinapfelgroßer, blumenkohlartiger Tumor sichtbar, der, wie die Rectaluntersuchung ergiebt, nur das äußere Ende einer nahezu das ganze Rectum einnehmenden Krebsgeschwulst darstellt. Das obere Ende der Neubildung

ist eben erreichbar und reicht bis über die Höhe des hinteren Fornix vaginae. Etwa 2 cm hinter der Vulva hat der Tumor die hintere Vaginalwand durchbrochen und wuchert als kirschengroße Geschwulst in die Scheide. Nach hinten zu scheint die Mastdarmgeschwulst weniger verwachsen.

Nachdem die Pat. eine Woche hindurch vorerst durch Laxantien ordentlich entleert wurde und das Abdomen eingesunken war, wurde die Untersuchung vervollständigt. Entsprechend der Flexur fühlt man einige haselnussgroße Drüsen.

8. November 1898 Laparotomie in Beckenhochlagerung. 8 cm langer, dem Lig. Pouparti paralleler, 5 cm von demselben entfernter Schnitt, Vorziehen der Flexur, Abbinden derselben mittels 2 Jodoformstreifen; dazwischen wird sie durchschnitten. Der periphere Theil des S Romanum wird nun mitsammt dem dazugehörigen Mesenterium und den in dasselbe eingelagerten Drüsen zwischen Klemmen durch Scherenschnitte abgelöst, die Ablösung aufs Rectum fortgesetzt und die Kreuzbeinhöhlung tief stumpf freipräparirt, was mit Leichtigkeit und ohne Blutverlust gelingt, hierauf der Douglas eröffnet und durch denselben das Ende des Jodoformgazestreifens durchgeführt, welcher den peripheren Theil der vollständig freigemachten Flexur abbindet. Die Mündung dieses letzteren war schon vorher mit einem sterilen Tupfer umbunden worden. Nachdem die unterbundenen Mesenterialstümpfe durch eine fortlaufende feine Seidennaht übernäht worden, wird an die Versorgung der proximalen Sigmaschlinge geschritten, d. h. an die Anlegung eines Anus praeternaturalis. Um denselben schlussfähig zu machen, wird auf folgende Weise vorgegangen: Parallel dem ersten Schnitt, 1 cm nach innen von der Spina ant. sup. oss. ilei, wird ein zweiter geführt, 4 cm lang, der Haut und Unterhautzellgewebe durchdringt. Unterminirung der zwischen dem ersten und zweiten Hautschnitt gelegenen Hautbrücke. Das proximale Ende der Sigmaschlinge wird sammt seinem Mesenterium vorgezogen und 4 cm vor seiner Mündung mit einem Kranz von Peritoneum parietale mit dem Peritoneum viscerale des Darmes vereinenden Nähten umsäumt, hierauf wird es unter der Hautbrücke durchgezogen und die Mündung, entsprechend dem zweiten Schnitt, dort durch einige, Haut und Seromuscularis des Darmes fassende Nähte fixirt. Der erste Bauchschnitt wird durch eine provisorische Naht verschlossen.

Nun folgt in Steinschnittlage hufeisenförmige Umschneidung des Afters, wobei die Enden des Schnitts in das untere Ende der seitlichen Vaginalwände fallen. In der Scheide wird von den genannten Endpunkten je ein gegen den bereits eröffneten Douglas konvergirender Schnitt geführt. Unter Vertiefung dieser Incisionen und geeigneter Spannung der Vaginalwände mit Spateln und der Wundränder mit scharfen Haken gelingt die Aushülsung des mit der hinteren Vaginalwand in Verbindung gebliebenen unteren Rectumendes ohne Schwierigkeit. Das Operationsfeld ist sehr geräumig, die Übersichtlichkeit und Zugänglichkeit auffallend, die Blutung gering. Schließlich wird, nachdem bis knapp an den Douglas von der Vagina aus vorgedrungen wurde, das oben erwähnte, früher von der Bauchhöhle aus in die Vagina vorgeschobene Ende des Jodoformgazestreifens gefasst und an demselben das abführende Ende der Flexur mit dem obersten Rectumantheil in die Vagina vorgezogen und gespannt. Nach den letzten Scherenschlägen wird nun in toto das distale Ende des S Romanum mit seinem Mesenterium und in dasselbe eingelagerten Drüsen und das ganze Rectum mit der daran haftenden hinteren Vaginalwand vorgezogen und entfernt. Das ganze Darmstück hatte eine Länge von 40 cm. Sorgfältige Blutstillung, Naht des eröffneten Douglas. Neubildung einer hinteren Vaginalwand durch Heranziehung der Seitenwände. Drainage nach verschiedenen Richtungen, insbesondere des einstigen Rectalraums, mittels Jodoformgazestreifen.

Nun wird, nach sorgfältiger neuerlicher Desinfektion, der erste Bauchschnitt in 3 Etagen vernäht. (Dieser Operationsakt hätte füglich der vaginalen Operation vorausgehen können). Operationsdauer $2^1/_4$ Stunde.

Die Pat. überstand den immerhin schweren Eingriff recht gut. Der Wundverlauf war völlig afebril. Der Anus praeternaturalis konnte durch eine Pelotte, die ihren Druck auf die das Darmendstück bedeckende Hautbrücke ausübte, völlig

gas- und kothdicht gemacht werden. Pat. wurde am 5. Januar 1899 geheilt entlassen.

Bei einem Falle, wie der vorliegende, wo es sich um ein vom Anus bis hoch hinaufreichendes, durch die Scheide durchgebrochenes Mastdarmcarcinom handelte, bei dem außerdem noch Drüsen im Mesosigma fühlbar waren, bedarf das beschriebene Operationsverfahren keiner Begründung, es drängt sich von selbst auf. In Kürze bestand dasselbe in der Laparotomie, Anlegung eines verschlussfähigen Anus praeternaturalis nach dem Frank'schen Brückensystem, d. h. analog der Gastrostomie nach Frank[1], Ablösung des abführenden Endes der Flexur sammt Mesenterium und darinliegenden Drüsen, Eröffnung des Douglas und schließlich folgender vaginaler Mastdarmexstirpation nach Rehn.

Die Operation bot technisch so wenig Schwierigkeiten, dass ich mich fragen musste, ob sie nicht eine weitere Ausdehnung verdienen würde. Ich denke, ja.

Ganz zweifellos stellt die Rehn'sche Operation eine außerordentlich dankenswerthe Bereicherung der Technik der Mastdarmoperationen dar, und, wie die letzten Publikationen von Liermann beweisen, können auch hochsitzende und unbewegliche Mastdarmcarcinome noch mit Erfolg auf diesem Wege operativ angegangen werden. Allerdings müssen die technischen Schwierigkeiten bei dieser letzteren ganz bedeutende sein (Hofmeister[2] sah sich bei solchen Fällen 2mal genöthigt, im Laufe der vaginal begonnenen Operation zur sacralen Methode überzugehen), und auch die Bedenken Hofmeister's gegen das Vorgehen Rehn's, den Darm nicht bis zur völligen Mobilisirung und Herabholung geschlossen zu halten, werden gewiss von vielen Chirurgen getheilt. Wenn auch ein Fall, wie Liermann[3] angiebt, trotzdem Darminhalt aus dem centralen Stumpf über das Operationsfeld floss, reaktionslos verlief, so ist dies noch immer nicht absolut beruhigend — ein anderer dafür, der erste Fall Rehn's,[4] verlief nach einer Verunreinigung des Operationsfeldes tödlich.

Durch die von mir vorgeschlagene Modifikation des Rehn'schen Verfahrens, das kombinirte abdomino-vaginale Verfahren, können auch solche Mastdarmcarcinome noch der Operation unterzogen werden, die bereits mit Drüsen innerhalb der Bauchhöhle einhergehen. Ferner kann bei hochsitzenden, verwachsenen Mastdarmcarcinomen in Beckenhochlagerung nach eröffneter Bauchhöhle die untere Flexur beziehungsweise das obere Rectumende abgebunden, Verwachsungen leichter gelöst, event. Drüsen entfernt und der Douglas eröffnet werden; die

[1] Meines Wissens wurde dieses Princip für die Anlegung eines widernatürlichen Afters zuerst erfolgreich von Körte in Anwendung gebracht (Sitzung vom 13. December 1897 der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins).

[2] Centralblatt für Chirurgie 1898. p. 129.

[3] Centralblatt für Chirurgie 1898. p. 1206.

[4] Centralblatt für Chirurgie 1895. p. 241.

nun folgende Mastdarmresektion nach Rehn findet bereits die Hauptschwierigkeiten beseitigt und gelingt mit Leichtigkeit. Ein Überschwemmen des Operationsfelds mit Darminhalt ist jetzt ausgeschlossen.

Resumé: Das abdomino-vaginale Verfahren ist angezeigt: 1) bei allen Mastdarmcarcinomen weiblicher Individuen, bei denen im Abdomen vereinzelte infiltrirte Drüsen fühlbar sind, 2) bei schwierigen, hochsitzenden, verwachsenen, bis oberhalb des Fornix vag. reichenden Mastdarmcarcinomen. Es sei ausdrücklich bemerkt, dass hingegen bei allen jenen Fällen, wo eine Eröffnung des Peritoneum nicht in Frage kommt, die ursprüngliche Rehn'sche Methode souverain bleibt. Für die ersteren Fälle ist die abdomino-vaginale Methode technisch leichter, gefahrloser, da das Ausfließen von Darminhalt mit Sicherheit verhütet werden kann, radikaler, da die Grenzen der Erkrankung, bezw. der ergriffenen Drüsen gut übersehen werden können. Sie ist allerdings scheinbar komplicirter durch Hinzufügung einer Laparotomie. Wenn aber gerade durch diese letztere technische Schwierigkeiten beseitigt, die Sicherheit der Operation erhöht und Gründlichkeit gesichert wird, so kann man wohl nicht mit Recht von Komplikation sprechen.

---

1) **Zenoni.** Alterazioni nel sistema ghiandolare linfatico dovute a sieri eterogenei.

(Gazz. med. di Torino 1898. No. 41.)

Z. studirte den toxischen Einfluss, welchen das Serum verschiedener Thierarten auf Meerschweinchen und Kaninchen hat. Er fand nach tödlichen Dosen außer den anatomischen Veränderungen, die gewöhnlich bei Intoxikationen sich finden, eine beträchtliche Vergrößerung der Lymphdrüsen. Dieselbe bestand in Ansammlung größerer Mengen weißer Blutzellen in den Lymphsinus und -Gefäßen, darauf auch in der Markṣubstanz, wo sie einem nekrotischen Process verfallen. Die Lymphfollikel zeigen Proliferation ihrer Elemente und zahlreiche Karyokinesen. Die toxischen Agentien hängen an den Globulinen des Serums, wie den Albuminen, vornehmlich letzteren, und üben wahrscheinlich einen direkten Einfluss auf das Lymphgefäßsystem aus, welches sie zu höherer Aktivität und Hyperplasie anregen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

2) **W. Hübener.** Über die Möglichkeit der Wundinfektion vom Mund aus und ihre Verhütung durch Operationsmasken.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXVIII. p. 24.)

H. giebt in vorliegender Arbeit die ausführliche Darstellung seiner von Mikulicz auf dem XXVII. Chirurgenkongress (April 1898) erwähnten Versuche über die Möglichkeit der Wundinfektion vom Mund aus und über die zweckmäßigste Herstellung einer Operationsmaske. Die mit Aufschwemmung von Prodigiosuskulturen angestellten Versuche, auf deren Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann,

ergaben, dass die einer Esmarch'schen Chloroformmaske ähnlich sehende, mit 2 Brillenbügeln an den Ohren befestigte Operationsmaske einen gewissen Abstand vom Mund haben muss, um einigermaßen zuverlässig zu wirken. Mit doppelter Schicht feinmaschigen, hydrophilen Mulls versehen, hielt diese Maske bei gewöhnlichem Sprechen und Husten denn auch fast ausnahmslos sämmtliche Keime zurück, während sie sich schon bei einmaligem Niesen als durchaus ungenügend erwies.

Zu analogen Resultaten gelangte auch Laschtschenko, dessen im Flügge'schen Institut ausgeführten diesbezüglichen Versuche vom Verf. mitgetheilt werden.

Den Schluss der H.'schen Arbeit bildet die Mittheilung von praktischen Versuchen an Leprakranken aus der Neisser'schen Klinik. Auch hier bildete die beschriebene Maske einen erheblichen, wenn auch nicht vollkommenen Schutz gegen die Verbreitung von Mundsekrettröpfchen und Leprabacillen beim Sprechen. In Folge der Rauhigkeit der Stimme bei den untersuchten Leprösen und des bei ihnen bestehenden Speichelflusses war freilich der Unterschied weniger auffallend als bei den oben angeführten Versuchen mit Prodigiosuskulturen bei gesunden Individuen.

Zum Schluss weist H. noch auf die Bedeutung hin, welche der Maske noch als Schutzapparat gegen Infektion auf dem Athmungsweg zukommen könnte. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

3) **Opitz.** Bemerkungen über Händedesinfektion und Operationshandschuhe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 39.)

Wenn auch eine ganze Reihe von Versuchen ergeben haben, dass eine bakteriologische Keimfreiheit der Haut nicht sicher zu erzielen ist, so ist damit noch kein Grund zu übermäßigen Befürchtungen gegeben; die Experimente entsprechen eben nicht den in praxi gegebenen Verhältnissen. O. empfiehlt auf das wärmste das Operiren mit Handschuhen, und zwar mit Zwirnhandschuhen, nachdem ohne solche, bei der Unmöglichkeit, die Hände zur Zeit absolut zu sterilisiren, viel leichter in der Tiefe verborgene Bakterien, unter denen sich auch pathogene befinden können, an die Oberfläche zu gelangen vermögen. Da die Versuchsbedingungen, abgesehen von der Verschiedenheit des Handschuhmaterials, völlig sich glichen, so nimmt O. an, dass eben so wenig wie durch die unbedeckten Hände durch Handschuhe Keime eingeschleppt werden konnten. — Wenn auf den verwendeten Gummihandschuhen weniger Keime gefunden wurden, als auf oder in Zwirnhandschuhen, so beweist das nicht, dass die letzteren mehr Keime in das Operationsgebiet eingeschleppt haben, sondern umgekehrt, dass sie mehr daraus entfernt haben. Dadurch, dass die Zwirnhandschuhe aus porösem Stoff bestehen, wirken sie ähnlich wie sterile Tupfer, sie nehmen vermöge ihrer

rauhen Oberfläche Keime hinweg, saugen sie aus der Flüssigkeit in die Gewebsmaschen hinein, um sie dort festzuhalten. So erklärt sich auch der Befund von nur wenigen Keimen an glatten Gummihandschuhen, weil hier die aufsaugende Wirkung fehlt und allenfalls anhaftende Keime leicht wieder abgestreift werden. O. tritt auf Grund seiner Erfahrungen den vielfach aufgestellten Behauptungen, dass das Operiren beim Gebrauch von Handschuhen erschwert werde, entgegen. Das Tastgefühl wird bei Verwendung von dünnen Zwirnhandschuhen, wenn überhaupt, so nur minimal beeinträchtigt, manche Handgriffe, wie z. B. das Abschieben von Bauchfell und Blase und das Festhalten schlüpfriger Organe, direkt erleichtert. Sobald die Handschuhe vollgesogen sind, sind sie in wenigen Sekunden durch neue zu ersetzen.

Natürlich darf durch die Einführung der Zwirnhandschuhe die Sorgfalt der Desinfektion der Hände und des Kranken nicht leiden. Ist man genöthigt, so schnell eingreifen zu müssen, dass eine gehörige Desinfektion der Hände nicht möglich ist, so werden undurchlässige Gummihandschuhe vorzuziehen sein. **Gold** (Bielitz).

---

4) **J. Stumpf** (Werneck). Die Verwendbarkeit des Thons als antiseptisches und aseptisches Verbandmittel.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 46.)

Verf. ist in Folge der Beobachtung, dass eine bereits über 2 Jahre in dem fast ganz lehmigen Erdreich des betreffenden Friedhofs bestattete Leiche sich bei der gerichtlichen Exhumirung überraschend gut erhalten fand, der Thon also wohl zersetzungswidrige Eigenschaften haben müsse, dazu gekommen, zunächst bei jauchigen Geschwüren und stark eiternden Processen gepulverten Lehm und später auch aus der Apotheke bezogenes weißes Thonpulver zur Wundbehandlung zu verwenden. Die damit erreichten günstigen Erfolge in Bezug auf desodorirende und austrocknende Wirkung des Thons haben S. dann weiter veranlasst, auch frische, besonders frisch genähte Wunden mit Argilla zu bestreuen; auch hier waren die Resultate ganz auffallend gute, fehlten jegliche Wundreaktionen. — Weitere Versuche mit Konservirung todter thierischer Gewebe in durch Erhitzung ganz trocken gemachtem Thon stellten gleichfalls in überraschender Weise die außerordentlich rasch eintretende austrocknende Wirkung des Mittels fest.

Nachträglich hat S. aus der Litteratur entnommen, dass schon im Alterthum der Thon in der Wundbehandlung eine große Rolle gespielt hat, und auch heute noch in der Pharmakologie als austrocknendes und für Wunden geeignetes Mittel empfohlen wird.

Kramer (Glogau).



5) **F. Macini** (Parma). Del valore delle iniezioni cloro-sodiche in chirurgia.

(Clinica chirurgica 1898. No. 2—4.)

M. hat über die Frage der »Blutwaschungen« ausgedehnte Versuche angestellt. Die Resultate, so weit sie für den Chirurgen von Werth sind, enthalten die folgenden Schlusssätze:

1) Es besteht eine mechanische Einwirkung der Kochsalzlösungen, welche sich bei genügender Menge äußert in der Erhöhung des Blutdrucks, Veränderungen im Puls, der Respiration und der Körperwärme. Daher ihre Verwerthbarkeit bei akuten Blutungen, toxischen Infektionen, beim Shock.

2) Es besteht eine chemische Einwirkung, welche auch zum Theil die konstante Temperaturerhöhung, ferner die bekannten Veränderungen im Blut erklären (anfängliche Verminderung der Zahl der Blutkörperchen und der Hämoglobinquantität und die spätere, selbst das physiologische Maß überschreitende Vermehrung dieser Faktoren).

J. Sternberg (Wien).

---

6) **M. Kaposi.** Über Miliartuberkulose der Haut und der angrenzenden Schleimhaut (Tuberculosis miliaris s. Tuberculosis propria cutis et mucosae).

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 373. Festschrift für F. J. Pick.)

In der Einleitung zu seiner Arbeit versucht Verf. noch einmal seinen Standpunkt zu vertheidigen, dass die »eigentliche Hauttuberkulose« vom Lupus zu trennen sei. Bei dieser viel diskutirten Frage handelt es sich jetzt wohl nur noch um einen sehr unwesentlichen Streit um ein Wort: Wenn der Lupus durch den Tuberkelbacillus und nur durch den Tuberkelbacillus hervorgebracht wird, so ist er eben so gut eine »eigentliche«, eine »wahre Tuberkulose der Haut«, wie die von K. so genannte Form. Die letztere entspricht den akuten tuberkulösen Processen der inneren Organe, die erstere den chronischen. Klinisch und pathologisch-anatomisch wird man diese verschiedenen Formen einer Krankheit immer sondern, aber bei der Einheitlichkeit der Ätiologie der Möglichkeit von Übergangsbildern eingedenk bleiben — und für den Lernenden wäre es doch eine Erleichterung, wenn er nur von »Tuberculosis cutis«, mit den Beiworten: »miliaris, ulcerosa, luposa« etc. hören würde.

Das klinische Bild der miliaren Hauttuberkulose bespricht K. auf Grund von 22 Fällen, deren Krankengeschichten ausführlich wiedergegeben und die auch in zahlreichen Abbildungen illustrirt werden. Auffallend ist das Überwiegen des männlichen Geschlechts (18:4); 12 Fälle kamen zur Obduktion. Am häufigsten waren, wie ja bekannt, die Hautpartien in der Umgebung der Körperöffnungen befallen (10mal Nase, 11mal Mund und Kinn etc.). Das Geschwür dieser Form ist seicht, hat feinzackige Ränder, blassrothe Farbe mit serös-viscider Sekretion, ist flach infiltrirt und sehr

schmerzhaft; oft finden sich randständig miliumähnliche, etwas erhabene Knötchen vereinzelt oder in Reihen, selten ist in der Mitte des Geschwürs eine flache Narbe oder eine papilläre, »nässende oder übernarbte Wucherung«. Tuberkelbacillen wurden oft, aber nicht immer gefunden; die Differentialdiagnose ist nur gegenüber Carcinom, Lupus und Lues und meist leicht zu stellen. Die Prognose quoad restitutionem des Geschwürs ist nicht so ungünstig, wie man wohl allgemein annimmt; selbst spontan kann der Verlauf ein günstiger sein; die Behandlung muss eine sehr mannigfaltige sein — speciell empfiehlt K. auch radikale Ätzung oder Excision.

Kürzer sind die Erörterungen über die miliare Tuberkulose der Schleimhaut, welche wesentlich häufiger vorkommt. Besonders hebt Verf. »disseminirte Einzel-Follikelerkrankungen auf der Zunge, Wange und am Gaumen hervor, in Form von kleinsten rothen, alsbald ein trübes Pustelchen an der Spitze tragenden Knötchen, und sodann aus deren Zerfall hervorgegangen, sehr schmerzhaften, lochförmigen Geschwürchen, also disseminirte und oft von einem großen tuberkulösen Geschwür weit entfernte Miliartuberkelgeschwüre. Sie sind oft sehr zahlreich und kommen auch Monate und Jahre hindurch vor, wenn ein ursprüngliches großes Geschwür längst geheilt sein mag«. Die Prognose auch der Schleimhauttuberkulose ist (von der der allgemeinen Tuberkulose natürlich abgesehen) »nicht gerade sehr ungünstig«.

Jadassohn (Bern).

---

7) **J. C. White.** Lupus erythematodes und dessen Zugängigkeit für die Therapie.

(Monatsschrift für praktische Dermatologie Bd. XXVII. Hft. 7.)

Die Behandlung des Lupus erythematodes ist zweifellos eine der schwierigsten Aufgaben der Dermatologie. Nach scharfer Kritik der außerordentlich zahlreichen von den verschiedensten Autoren angegebenen Methoden und Mittel erkennt W. in seinem Referat die Unzulänglichkeit unseres therapeutischen Könnens bei dieser auch ätiologisch noch viel umstrittenen Krankheit an. Von inneren Mitteln hat er nie irgend eine specifische Wirkung gesehen; doch hält er es für angezeigt, das Allgemeinbefinden in jedem Falle zu berücksichtigen. Von der Unzahl der externen Methoden, welche W. in einer Tabelle zusammengestellt hat, bevorzugt er die lindernden und die »milde stimulirenden« Mittel, wie Kalomel + Aqua Calcis (4,0 : 500,0) Zinkoxyd + Glycerin + Aqua Calcis (15,0 : 5,0 : 150,0) etc. und weiterhin Schwefelsalbe, weiße Präcipitatsalbe, Salicylseifenpflaster und endlich Milchsäure; Jodglycerin, Quecksilberpflaster, Kreosot, Karbol, Pyrogallol, Chrysarobin sind die stärksten Mittel, die W. verwendet — Methoden, welche an sich Narben hervorufen, verwirft er ganz; die Erfolge, die er von Ausschabung, Skarifikation, Hitze etc. gesehen hat, erschienen ihm nicht ermuthigend.

(W. urtheilt sehr objektiv, aber vielleicht etwas zu pessimistisch; *Ref.* hat jedenfalls eine Anzahl von wirklichen Heilungen gesehen,

muss aber auch eingestehen, dass die Fälle sich außerordentlich verschieden verhalten, und dass bestimmte Regeln noch nicht aufgestellt werden können; das jüngst empfohlene Chinin in größeren Dosen, längere Zeit hindurch gegeben, scheint in einzelnen Fällen Erfolg zu haben.) **Jadassohn** (Bern).

8) **Veiel.** Über die Behandlung tuberkulöser Processe mit Pyrogallol.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 353. Festschrift für F. J. Pick.)

Es ist wohl zweifellos, dass von allen chemischen Methoden die Pyrogallusbehandlung beim Lupus die besten Resultate giebt. Verf. benutzt zuerst 10%ige Pyrogallolvaseline (3—5 Tage) und dann $^1/_2$- bis 2%ige; die letztere ist »eben noch stark genug, um lupöses Gewebe zu zerstören, ohne die Bildung gesunder Granulationen zu hindern«. In der vorliegenden Mittheilung veröffentlicht Verf. einige besonders gute Erfolge, welche er mit dieser Methode auch bei tiefergreifenden tuberkulösen Processen erzielt hat. Am besten war das Resultat bei Tuberkulose der Sehnenscheiden. Von Lymphdrüsentuberkulose heilten solche Fälle nicht, in denen Abscesse mit langen Fisteln oder indurative Entzündung oder Verkalkung der Drüsen vorhanden waren; dagegen wurden »mehr oberflächlich gelegene, frisch erkrankte, weiche, vereiternde Drüsen« sehr günstig beeinflusst; so wie der Abfluss der Sekrete durch Granulationen gehemmt wird, muss die Koncentration der Salbe erhöht werden. Auch »oberflächliche Erkrankungen sowohl der durchweg spongiösen Knochen, als der spongiösen Epiphysentheile der Röhrenknochen heilen unter der Pyrogallolbehandlung sehr schön«.

Vollständige Erkrankung spongiöser Knochen macht natürlich eine Operation nothwendig; auch nach dieser aber trägt die Pyrogallolbehandlung zur Bildung einer festen fibrösen Narbe bei.

Natürlich dauert diese Behandlung länger als die operative, ist aber in manchen Fällen (z. B. bei der multiplen Caries der Kinder tuberkulöser Eltern) wohl indicirt. Ihr Vortheil liegt vor Allem in der zerstörenden Wirkung des Pyrogallols auf wuchernde Granulationen (im Gegensatz zum Jodoform). Stete Kontrolle des Urins ist nothwendig; bei wässrigen oder spirituösen Pyrogallollösungen ist aber Albuminurie und Hämaturie viel mehr zu fürchten, als bei Pyrogallolvaseline. **Jadassohn** (Bern).

9) **C. Adrian.** Über die Resultate mit dem Koch'schen Tuberkulin R bei Lupus und Skrophuloderma.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLV. Hft. 1.)

An der Wolff'schen Klinik in Straßburg sind 12 Fälle von Hauttuberkulose mit dem neuen Tuberkulin behandelt worden (Kosten des dazu verwendeten Präparats 1598 ℳ). In der vorliegenden Arbeit sind die einzelnen Krankengeschichten ausführlich wieder-

gegeben. Es wurden meist außer der Tuberkulinkur chirurgische, speciell galvanokaustische Eingriffe vorgenommen. Aus den Resultaten ist als wesentlich das Folgende anzuführen: Im Gegensatz zum alten Tuberkulin macht das neue keine allgemeine und lokale Reaktion (weder beim tuberkulösen noch beim nichttuberkulösen Menschen); doch sind auch in Straßburg wie anderwärts ganz plötzlich Fieberanfälle bei Pat. aufgetreten, die schon unter der Behandlung standen; und zwar war die Steigerung der Dosis dafür nicht immer verantwortlich zu machen; es kann sich auch Intoleranz gegen viel kleinere Dosen, als sie schon vertragen wurden, einstellen. Das Fieber kann einen sehr verschiedenen Typus aufweisen; allgemeine nervöse Beschwerden, Magen- und Darmerscheinungen, vorübergehende Albuminurie kamen zur Beobachtung. Der kurative Effekt scheint nicht größer zu sein als bei dem alten Tuberkulin; einzelne Fälle scheinen für die günstige Wirkung der Kombination von chirurgischem Eingriff und Tuberkulin zu sprechen. Gegenüber tuberkulösen Drüsen- und Knocheneiterungen war die Therapie ganz wirkungslos (nach Beendigung einer Kur virulentes Fistelsekret in einem Falle!).

Im Ganzen ist also der Bericht keineswegs günstig.

Jadassohn (Bern).

---

10) **L. Welsch.** Untersuchungen über die Wirkung des Tuberkulin R auf lupöses Gewebe.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 359. Festschrift für F. J. Pick.

Aus der klinischen Schilderung W.'s ist vor Allem (im Gegensatz zu anderen Erfahrungen, auch zu denen des Ref.) hervorzuheben, dass in der Pick'schen Klinik bei der Anwendung des Tuberkulin R »in der überwiegenden Zahl der Fälle mehr oder weniger deutliche — lokale — Reaktionen« konstatirt werden konnten, welche 4—6 Stunden oder auch erst später nach der Injektion in sehr verschiedener Ex- und Intensität auftraten. Die Entzündung führte an oberflächlich gelegenen lupösen Herden zu deutlicher Exsudation — die Reaktionserscheinungen richteten sich nicht immer nach der Größe der injicirten Dosen, sie blieben am Schluss der Behandlung aus. Die Rückbildungserscheinungen äußerten sich in Abflachung und Verkleinerung der lupösen Herde und in Vermehrung des Narbengewebes.

Vollständige Heilung wurde nicht beobachtet, Recidive traten auf. Die histologische Untersuchung des vom Tuberkulin R beeinflussten lupösen Gewebes ergab, dass die Tuberkel frischere Entzündungssymptome aufwiesen, die dann zu einer hyalinen Degeneration der Tuberkelelemente und zu bindegewebiger Durchsetzung führten — im Princip also dieselben Veränderungen, wie sie nach dem alten Tuberkulin beobachtet wurden, aber in weniger intensiver Weise.

In einem letzten Abschnitt seiner Arbeit versucht W. eine »Erklärung der Tuberkulinwirkung« zu geben; er glaubt, dass auf die durch das Tuberkulin hervorgerufene Intoxikation die Bacillen

mit einer erhöhten Bildung von Stoffwechselprodukten antworten, die ihrerseits zur Allgemeinreaktion und zur lokalen frischen Entzündung führte. Wie man sich auch zu dieser Hypothese stellen möge, von einer wirklichen Immunisirung gegen die Bacillen ist nach den Untersuchungen W.'s nicht die Rede.

Jadassohn (Bern).

---

11) **Urban.** Über die radikale Behandlung des Lupus.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXVI. No. 9.)

Der Verf. schildert seine seit 8 Jahren geübte Methode der Lupusexstirpation: Breite des mitentfernten, scheinbar gesunden Randes 0,5—1,0 cm; Loslösung im gesunden Fettgewebe (Grenzschicht 2—3 mm); Andeutung der Schnittlinie durch Anritzen, Beginn am tiefsten Punkt; der abzulösende Lappen wird mit Muzeux gefasst; exakte Blutstillung durch Torsion und Kompression (Unterbindungen wegen der Transplantation zu vermeiden). Nach der Blutstillung Transplantation nach Thiersch; in den ersten Tagen feuchter Kochsalzprotektivverband und möglichste Ruhe. Nach 8 bis 10 Tagen gewöhnlich feste Heilung — nachträglich täglich 1—2mal mit Olivenöl einzufetten.

Ausgedehntere Geschwüre und akute Entzündungen sind vor der Operation zur Heilung zu bringen. Bei Erkrankung des oberen Lides näht U. die beiden Augenlider für 3—4 Tage zusammen — dann ist die aufgesetzte Haut schon fest; bei Lupus des unteren Lides wird das Ektropion durch Fixirung des Lidrandes mit 3 Fadenschlingen an der Stirn vermieden.

Bei Lupus der Nase wird, wenn nicht nur die Haut krank ist, der ganze erkrankte Theil entfernt, die Schleimhaut mit dem Schnittbrenner des Thermokauters zerstört und erst später eine Plastik vorgenommen.

Die Erfolge U.'s sind sehr gute — bei »gänzlich verschleppten Fällen« ist die Methode natürlich nicht verwendbar.

Jadassohn (Bern).

---

12) **F. Schultze** (Duisburg). Die Behandlung des Gesichtslupus vermittels der radikalen Exstirpation und nachfolgender Transplantation.

(Wiener klin. Rundschau 1898. No. 37.)

S. bekennt sich als warmer Anhänger obiger Methode; er operirt aber nicht mehrzeitig, wie das von Urban und Thiersch zuerst empfohlen wurde, sondern möglichst einzeitig. Die Schnittführung muss bei der Exstirpation durchaus im Gesunden liegen, und zwar auf der Oberfläche 1 cm von der sichtbaren Grenze des Kranken entfernt, nach der Tiefe 3 mm. Kranke Drüsen müssen durchaus mit entfernt werden. Blutstillung durch Torsion und Kompression; ist eine Ligatur nicht zu vermeiden, so darf der Faden nicht von den transplantirten Lappen zugedeckt, sondern dieselben müssen um

ihn herumgelegt werden. Die Thiersch'schen Lappen schneidet S. so groß, dass thunlichst ein Lappen die ganze Wunde deckt; der Lappenrand wird durch feine Nähte an den Hautrand befestigt. Bei vielen kleinen Lappen entstehen leicht an den Berührungslinien hässliche Keloide.

Ist ein Augenlid betheiligt, so wird das Kranke entfernt, Narbenzüge gelöst und dann das Lid mit Seidenfäden über das Auge hinweg gespannt. Darauf erfolgt die Transplantation.

An den Lippen führt S. etwa nothwendige Plastiken zunächst im lupösen Gewebe aus und entfernt dann den Lupus.

Die größte Schwierigkeit macht der Nasenlupus wegen der Betheiligung der Schleimhaut. Hier wird die Nase durch einen Medianschnitt gespalten, die Nasenflügel zur Verhütung der Schrumpfung mit Seidenfäden gegen Stahlbügel extendirt, die von einer Stirnbinde herabragen (schematische Zeichnung im Original), und dann das Innere der Nase durch Exstirpation und Transplantation geheilt. Erst wenn das Innere völlig geheilt ist, werden die Nasenflügel angefrischt und vernäht.

Grisson (Hamburg).

---

13) **Schäffer.** Über die Verbreitung der Leprabacillen von den oberen Luftwegen aus.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 159. Festschrift für F. J. Pick.)

Da die tuberöse Lepra mit immer größerer Übereinstimmung für eine, wenngleich glücklicherweise in geringem Grade kontagiöse Krankheit gehalten wird, hat die Erforschung der Wege, auf denen die Bacillen den Körper verlassen, eine große Bedeutung. Wie weit sie durch die unverletzte Epidermis nach außen gelangen können, ist noch unentschieden; von tuberösen Geschwüren werden sie jedenfalls in großer Menge abgegeben. S. hat auf Grund der neuesten, von Flügge gemachten Erfahrungen über die Gefährlichkeit der beim Sprechen, Husten und Niesen verschleuderten feinen und leicht transportablen Tröpfchen des Mund- und Nasensekrets Lepröse mit den thatsächlich außerordentlich häufigen und sehr bacillenreichen Affektionen der oberen Athmungswege untersucht, ob von ihnen Bacillen an ihre Umgebung abgegeben werden. In der That konnte er feststellen, dass beim Sprechen in nächster Nähe außerordentlich zahlreiche, aber auch noch $1^1/_2$ m und mehr von dem Kranken entfernt, spärlichere Bacillen in der Luft, resp. an den von den Leprösen besoders reichlich entleerten Tröpfchen vorhanden waren. Durch Ausspülung der Mundhöhle und Ätzung der Ulcerationen konnte die Zahl dieser Bacillen nur auf kurze Zeit vermindert werden. Beim Husten waren wenig Bacillen nachweisbar; beim Niesen sehr zahlreiche; die Exspirationsluft zeigte sich im Allgemeinen bacillenfrei.

Wenn auch die Infektionsgefahr bei der Lepra als eine große nicht bezeichnet werden kann, wenn uns auch ganz unbekannt ist, an welche Bedingungen sie geknüpft ist, so ist doch zweifellos, dass der Ausscheidung der Bacillen von den oberen Luftwegen eine

besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist, und zwar um so mehr, als in neuester Zeit die Schleimhaut der Nase in vielen Fällen als mitbefallene Region gefunden worden ist. Ist es auch nicht berechtigt, in der Nase den konstanten Sitz des »Primäraffekts der Lepra« zu suchen, so muss die Möglichkeit, dass die von den Luftwegen der Leprösen abgegebenen Bacillen zuerst in der Nase eine Eingangspforte finden können, auch bei der Therapie und bei prophylaktischen Maßnahmen berücksichtigt werden. **Jadassohn** (Bern).

---

14) **O. R. Woit.** Pathologisch-anatomische Untersuchungen des Rückenmarks und der peripherischen Nerven bei Lepra maculo-anaesthetica und über Bacillen in den Hautflecken bei dieser Krankheit.

Diss., Jurjew, 1898. 158 S. (Russisch.)

In den Hautflecken kommen die Bacillen nur ausnahmsweise vor. Im Rückenmark finden sich geringe degenerative Veränderungen der Goll'schen und Burdach'schen Bündel, so wie der Ganglienzellen im vorderen und hinteren Horn; diese Veränderungen sind keine specifisch leprösen, sondern kachektischen Ursprungs, und nicht die Ursache der schweren Symptome. Verf. stimmt mit Dehio und Gerlach darin überein, dass zuerst die peripherischen Nervenenden erkranken (im Bereich der Hautflecken), worauf sich eine Neuritis ascendens entwickelt. — Endlich verwirft W. die Identität der Lepra maculo-anaesthetica mit der Syringomyelie.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

15) **M. Joseph.** Über viscerale Lepra.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 359. Festschrift für F. J. Pick.)

Da die viscerale Lepra noch immer zur Diskussion steht — trotzdem an dem Vorkommen typischer lepröser Veränderungen an den inneren Organen nicht mehr zu zweifeln ist —, hat J. die Leber, Milz, Niere und Zunge eines an tuberöser Lepra Verstorbenen untersucht; er hat nur in der Milz, in dieser aber sehr reichlich Bacillen gefunden. Er tritt für deren intracelluläre Lagerung und für ihre Verbreitung auf dem Lymphweg ein. Das Milzgewebe reagirt auf ihre Anwesenheit nur sehr wenig; vermuthlich werden sie wie andere »abgelebte Elemente« in diesem Organ nur abgelagert. Der Arbeit ist eine Farbentafel beigegeben. **Jadassohn** (Bern).

---

16) **v. Düring.** Die Schwierigkeiten in der Diagnose nervöser Lepraformen, insbesondere in Beziehung auf die Syringomyelie.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 137. Festschrift für F. J. Pick.)

Die Schwierigkeiten in der Diagnose der Nervenlepra sind anerkanntermaßen sehr groß; wenn die oft ebenfalls schwer zu deuten-

den Hautveränderungen nicht oder wenig ausgesprochen sind, dann können Irrthümer leicht vorkommen, besonders in Ländern, in denen die Lepra nur gelegentlich zur Beobachtung kommt. Die in letzter Zeit speciell von neurologischer Seite wiederholt besprochene Differentialdiagnose besonders gegenüber der Syringomyelie bedarf einer Revision — die vorliegende Arbeit ist wesentlich einer kritischen Besprechung dieser Frage auf Grund litterarischer und klinischer Studien gewidmet.

Die Anschauung, dass die Lepra nur Veränderungen an den peripheren Nerven hervorruft, ist — bisher leider nur an einem relativ geringen Material — als irrig erwiesen. Es giebt bei der Lepra Veränderungen im Rückenmark (durch bacilläre Invasion und wohl auch durch Toxine), welche die nicht auf peripherische Neuritis zurückzuführenden nervösen Störungen erklären, welche aber anatomisch mit der Syringomyelie nichts zu thun haben.

Der gelegentlich ausgesprochenen Meinung, dass bei der Lepra den Nervenerscheinungen Hautveränderungen vorangehen müssen, widerspricht Verf. auch auf Grund eigener Beobachtungen. Die Thatsache, dass bei der nervösen Form der Lepra »nicht so selten« sogenannte Heilungen (besser vielleicht lange Latenzzeiten) vorkommen, ist in der Praxis schlecht verwerthbar; denn auch bei der Syringomyelie (besonders bei den Morvan'schen Fällen) kann der Verlauf sehr langsam sein und auch bei der Lepra ist er meist progressiv. Weder die Unregelmäßigkeit im ersten Auftreten der Erscheinungen, noch die Stärke der Mutilationen, wie sie als charakteristisch für Lepra angesehen werden, können in allen Fällen den Ausschlag geben. Halbseitige Bulbärerscheinungen, spastische Paresen und Krämpfe der unteren Extremitäten, Nystagmus kommen allerdings bei der Lepra nicht vor.

Ein besonderes Gewicht ist bekanntlich auf die Art und Vertheilung der Sensibilitätsanomalien bei der Lepra einer-, bei der Syringomyelie andererseits gelegt worden. Aber dissociirte Anästhesie kommt auch bei Lepra vor; die Hautanästhesien sind auch bei dieser Krankheit keineswegs immer »regellos über die ganze Körperhaut zerstreut«; sie können auch bandförmig sein und die Extremitäten in der Längsrichtung durchziehen oder sie können wie bei der Syringomyelie »Westenform« haben.

Allen diesen Befunden gegenüber ist an dem hergebrachten Satz: »Die Lepra ist eine multiple Affektion der Haut und der peripherischen Nerven« nicht festzuhalten.

Der für den Neurologen und Leprologen gleich interessanten Arbeit sind Schemata, Photographien, Krankengeschichten beigegeben. Ihr Studium ist allen Interessirten warm zu empfehlen.

Jadassohn (Bern).

---

17) **Delagénière** (Thours). Arthrotomie pour une luxation ancienne de l'épaule. — Rapport de M. Nélaton.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 160.)

D. führte in einem Falle veralteter, durch Fraktur der Spina scapulae komplicirter subcoracoidaler Schulterverrenkung die blutige Reposition $3^1/_2$ Monate nach dem Unfall aus. Die Operation war sehr schwer. Bei der Entlassung des Pat. 26 Tage nachher war die Exkursionsweite der passiven Bewegungen fast normal; hingegen waren die aktiven Bewegungen äußerst beschränkt und schmerzhaft. Auch bestanden beständig spontane Schmerzen und Parästhesien entlang des Armes. Das Resultat der Operation war also ein mittelmäßiges. Gleichwohl empfiehlt Verf. die blutige Reposition für ähnliche Fälle und stellt bezüglich der Technik der Operation folgende Forderungen: 1) Eröffnung des Gelenks durch einen durch den Deltamuskel direkt auf den verrenkten Gelenkkopf geführten Schnitt; 2) Trennung der Verwachsungen, die den Kopf an seiner falschen Stelle fixiren; 3) Ablösung der Muskeln vom Tuberculum majus und, wenn nöthig, Verlängerung des Schnittes auf den hinteren Abschnitt der Gelenkkapsel; 4) sorgfältige Fortnahme der Granulations- und Bindegewebsneubildung, die man auf der Pfanne antrifft.

Der Berichterstatter Nélaton vertritt eine etwas abweichende Ansicht. — Er theilt die Fälle irreponibler Schulterverrenkung in 3 Gruppen: 1) solche, die aus irgend welcher Ursache von vorn herein auf unblutigem Wege sich durch keine bekannte Methode einrichten lassen. Zwar hat er selbst keinen derartigen Fall gesehen, hält aber ihr ausnahmsweises Vorkommen für sicher gestellt, eine bestimmte Ursache der Unmöglichkeit der Reposition allerdings für anatomisch nicht nachgewiesen. 2) Verrenkungen von 2—6wöchentlichem Bestehen, deren Irreponibilität wesentlich durch Schwellung und Verwachsungen der Ränder des Kapselspaltes bedingt sei. 3) Fälle älterer Dauer, in denen bereits die Gelenkpfanne durch Verdickung und Schrumpfung der Kapsel und neugebildetes Gewebe ausgefüllt sei. Nur für die Fälle der beiden ersten Gruppen hält er die blutige Reposition für geboten; für die der 3. Gruppe bevorzugt er die Resektion, räth freilich auch zu ihr nur dann, wenn die durch die Verrenkung bedingte Funktionsstörung eine sehr erhebliche ist, die Bewegungen des Armes sehr beschränkt oder schmerzhaft sind. — N. bezeichnet seine Schlussfolgerungen freilich selbst nur als theoretische Deduktionen, da er selbst nie in der Lage war, eine blutige Operation wegen veralteter Schulterverrenkung vorzunehmen, indem seine 10 derartigen Pat. sich trotz veralteter Verrenkung alle einer ziemlich guten Funktion des verrenkten Armes erfreuten.

Den gleichen Standpunkt wie Nélaton vertritt in der Diskussion Lucas-Championnière; er will die Arthrotomie auf die ganz frischen Fälle nicht reponirbarer Verrenkung beschränkt wissen, in

allen älteren gab die Resektion weitaus bessere Resultate. Chaput redet hingegen auch dann der Arthrotomie mehr das Wort.

Reichel (Chemnitz).

---

18) **Destot et Gallois.** Recherches physiologiques et expérimentales sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius. (Radiographie.)

(Revue de chir. 1898. No. 10.)

Zahlreiche Skiagramme von typischen Radiusbrüchen haben den Verff. gezeigt, dass letztere niemals einfache Frakturen darstellen, sondern stets mit verschiedenartigen, mehr oder minder schweren Verletzungen des Carpus — Subluxation einzelner Knochen, Brüchen derselben, besonders des Os scaphoideum, capitatum etc. — einhergehen. In der vorliegenden Studie suchen nun die Verff. an der Hand der normalen und pathologischen Physiologie des Handgelenks diese Befunde zu erklären und im Weiteren auch experimentell zu bestätigen. Da zum leichteren Verständnis der Ausführungen die beigegebenen zahlreichen Figuren nothwendig sind, müssen wir darauf verzichten, Einzelheiten aus der Arbeit herauszugreifen und auf letztere selbst verweisen.

Kramer (Glogau).

---

19) **E. Charpentier.** Etude sur le coxa vara.

(Revue d'orthopèdie 1898. No. 3.)

20) Derselbe. De l'incurvation du col fémoral attribuée au rachitisme ou coxa vara. (Suite.)

(Ibid. 1898. No. 4.)

Die Arbeit geht auf Kirmisson'sche Anregungen zurück und giebt offenkundig dessen Anschauungen über das Krankheitsbild Coxa vara wieder, welche bisher nur in zerstreuten kritischen Bemerkungen in den Analyses der Revue d'orthopèdie zur Geltung gekommen waren. Es ist wohl die erste französische Stellungnahme zu dieser Krankheit »des Allemands« und darum von größerem Interesse. Im Wesentlichen beschränkt sie sich auf eine kritische Analyse der pathologisch-anatomischen 6 Befunde von Müller, Lauenstein (2), Hoffa und Kocher (2), welche durch eigene Nachforschungen in den Pariser anatomischen Museen nach entsprechenden Stücken bekräftigt wird, und eine kritische Besprechung klinischen Materials, ohne aber der mittlerweile schon recht umfangreich gewordenen Litteratur, speciell den neueren Arbeiten, genügend gerecht zu werden. Bei der Prüfung des anatomischen Materials kommt der Autor zu dem Schluss, dass wirklich Rachitis nur in dem Lauenstein'schen Falle vorliegt, dass dieser aber in wesentlichen Zügen von dem Bilde der Coxa vara abweicht; dass dagegen in den anderen Fällen die Beobachter den zwingenden Beweis schuldig geblieben wären, sei es nun durch mikroskopische Darlegungen oder positive Befunde, dass es sich um lokale Spätrachitis handelte.

Dagegen erinnern die Bilder von Müller, Hoffa, Kocher durchaus an das Bild der Arthritis deformans. Die bisher vorliegenden klinischen Mittheilungen aus der Litteratur lassen die Aufstellung eines einheitlichen Krankheitsbegriffs, einer entité morbide nicht zu. Es ist ein Sammelbegriff, unter welchem ätiologisch ganz verschiedene Krankheitsprocesse zusammengeworfen sind. Bezeichnet man mit dem Terminus coxa vara eine Verkrümmung des Schenkelhalses ohne Präjudiz für die Natur derselben, so kann man sagen, dass sie im jugendlichen Alter bei rachitischen Individuen wohl vorkommt, und im Wachsthumsalter bei Individuen mit Wachsthumsknochenveränderung (ostéite de croissance), mit Coxitis, mit Arthritis deformans, mit Schenkelhalsbruch und lokaler Rachitis. Für diese Einzelgruppen hat der Autor unter den unter der Firma Coxa vara beschriebenen Beobachtungen Beispiele herausgefunden und stellt ihnen Specimina aus eigener Erfahrung zur Seite. Bei der ersten Gruppe handelt es sich nur um eine, meist beiderseitige, leichte Difformität ohne wesentliche Beeinträchtigung der Funktion. Der Hals ist kurz, verdickt, gedrungen, sein Neigungswinkel ist verkleinert, aber nicht über einen rechten hinaus. Klinisch verräth sich die Deformität nur bei dem direkten Suchen danach. Von den 4 pathognostischen Symptomen sind die zwei, welche auf Abweichungen der Schenkelhalsachse in der frontalen Ebene beruhen, Hochstellung der Trochanter und Beschränkung der Abduktion, auch vorhanden, von den beiden anderen, welche der Abweichung der Schenkelhalsachse im sagittalen Sinne entsprechen, Außenrotationsstellung und Beschränkung der Innenrotation, ist die letztere allein durch die Außenrotationsstellung des Beines gegeben. Diese beruht aber nicht auf der Schenkelhalsverkrümmung, sondern auf der rachitischen Verkrümmung der Diaphyse. Die Verkürzung der Extremität beträgt höhstens 1—1,5 cm. Der Autor hat unter 32 rachitischen Kindern der Poliklinik 6mal dies Verhältnis feststellen können. Anders ist es bei der zweiten Gruppe. Hier können die Beschwerden, je nach dem Fall, eine gewisse Bedeutung erreichen, es handelt sich um beträchtliche Verkürzungen des Gliedes, Gelenksteifigkeiten und sonstige funktionelle Behinderungen. Am schwierigsten lässt sich die »Wachsthumsknochenentzündung« von der Rachitis trennen; es sind vorzugsweise entzündliche Perioden im Krankheitsverlauf, welche symptomatisch zu verwerthen sind. Ein nicht unwesentlicher Bestandtheil der Coxa vara-Fälle gehört nach dem Autor sicherlich in das Gebiet der Coxitis, und er erwartet von der Röntgenuntersuchung weitere Beispiele, namentlich dort, wo es sich nicht um eitrige Komplikationen handelt. Eine der hauptsächlichsten Ursachen aber für Coxa vara, zumal für die Fälle mit hochgradiger funktioneller Störung, giebt die Arthritis deformans ab, für deren Vorkommen im früheren Alter der Autor Beweise beibringt. Eben so darf man nicht die thatsächlich bewiesene Möglichkeit des Vorkommens von Einbiegungsbrüchen des Schenkelhalses im frühen Alter außer Acht lassen, aus

denen später im Wachsthumsalter das Krankheitsbild der Schenkelhalsverbiegung sich entwickeln kann. Endlich ist auch das Vorkommen einer spätrachitischen Lokalerkrankung des Schenkelhalses analog derselben am Knie, der Wirbelsäule etc. unbestreitbar. Für all diese ätiologisch verschiedenen Krankheitsgruppen reichen die bisherigen klinisch-symptomatischen Merkmale zur sicheren klinischen Unterscheidung und Trennung nicht aus, die Röntgenuntersuchung, welche das Vorhandensein der Verbiegung feststellen kann, kann über diesen Punkt vorläufig auch noch keine entscheidende Auskunft geben.

Herm. Frank (Berlin).

21) **F. Starkow.** Längsschnitt zur Eröffnung des Kniegelenks. (Aus dem Institut für operative Chirurgie der Moskauer Universität.)

(Chirurgia 1898. p. 436. [Russisch.])

S. befürwortet auf Anregung Prof. Diakonow's zur Eröffnung des Kniegelenks den vorderen Längsschnitt, der die Kniescheibe in 2 Längshälften theilt. Um einen besseren Einblick in das Gelenk zu bekommen, wurde der ursprüngliche Ollier'sche Schnitt in der Weise modificirt, dass das gespaltene Lig. patellae nach beiden Seiten mit dem Meißel unter Erhaltung einer Knochenlamelle abgetragen wird. Als Vortheile dieser Operation, die Diakonow auch am Lebenden ausgeführt hat, werden hervorgehoben: Erhaltung der Seitenbänder, Schonung der Streckmuskulatur und guter Einblick in das Gelenk. Bei Beschädigung der Art. poplitea stellt sich leichter ein Blutkreislauf her, da die seitlichen Gelenkgefäße unverletzt bleiben.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

22) **Riedinger** (Würzburg.) Über Rissverletzungen und Platzwunden der unteren Extremitäten.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 10.)

Verf. bespricht die große Bedeutung des Bandapparats für das Zustandekommen von Verrenkungen und Rissverletzungen und betont besonders die bewegungshemmende Funktion desselben. In dieser Bewegungshemmung liegt der Grund der fraglichen Verletzungen. Eben so funktionire auch bei gewisser Inanspruchnahme die Muskulatur. Nicht der aktive Muskelzug bewirkt Rissverletzungen, sondern die Bewegungshemmung, die ein gerade kontrahirter Muskel einer plötzlichen Entfernung seiner Ansatzpunkte von einander entgegensetzt. In Betracht kommen naturgemäß in erster Linie bi- und polyarthrodiale Muskeln. Der Muskel selbst scheint am letzten einzureißen, eher werden Periost, Knochentheile oder Schaltknochen oder Sehnen zerrissen. Typische Beispiele sind: Abreißen von Periost am Becken an der Ansatzstelle des Adduct. long. bei Reitern, Abreißung eines Stücks vom Calcaneus an der Ansatzstelle der Achillessehne, Rissbruch der Kniescheibe, Abreißung der Achilles-

sehne am Übergang in den Muskel bei berufsmäßigen Springern. Verf. bringt dann eine Reihe selbstbeobachteter einschlägiger Fälle, die kurz folgen mögen:

1) Fall während einer energischen Rückwärtsbewegung des Rumpfes auf die Streckseite des gebeugten Unterschenkels. Resultat: Schenkelhalsbruch.

2) Fall nach rückwärts auf das gebeugte linke Knie. Resultat: Riss des Rect. fem. handbreit über dem Kniegelenk.

3) Rückwärtswerfen des Rumpfes bei gleichzeitiger gewaltsamer Beugung des Knies. Resultat: Riss der Sehne des Rect. femor. an der Basis patellae.

4) Fall auf die linke Seite bei gebeugtem Kniegelenk. Resultat: Insufficienz des Muscul. quadriceps mit Schlottergelenk.

5) Beim Absprung zum Salto mortale komplicirter Riss des triceps surae am Übergang in die Achillessehne.

6) Fall auf das rechte Knie, an welchem sich eine 14 Tage alte, mit der Patella verwachsene quere Hautnarbe befand. Resultat: Komplicirter Kniescheibenbruch.

7) Fall rückwärts bei gebeugten Kniegelenken. Resultat: 8 cm lange, $1^1/_2$ cm breite scharfrandige Platzwunde quer vor dem linken Kniegelenk.

Teubner (Hannover).

Kleinere Mittheilungen.

Zur Technik der Gelatine-Moulagen.

Von

Oscar Vulpius in Heidelberg.

Da ich von Kollegen häufig wegen der Herstellung meiner Sammlungspräparate befragt werde, möchte ich hier kurz die Vorschrift mittheilen, die etwas von früheren Angaben (Ritschl, Hoffa) abweicht. Die von der nicht befetteten Körperoberfläche abgenommenen Gipsnegative werden scharf getrocknet und dann nach dem Erkalten ohne Weiteres mit folgender, im Wasserbad geschmolzenen Masse ausgefüllt, wenn dieselbe eben wieder durch Abkühlung zähflüssig ist:

Farblose Gelatine	250 g
Wasser	250 »
Glycerin	500 »

Zugesetzt wurden Behufs Erzielung der Fleischfarbe 6—8 g einer frisch geschüttelten Anreibung aus 1 Theil Zinnober, 5 Theilen Zinkoxyd und 10 Theilen Glycerin.

Größere Präparate, z. B. ganze Rücken, stellt man, um Material zu sparen, aus einer dünnen Schicht der Masse her und verstärkt diese auf der Rückseite nach dem Erstarren mit Gipsbinden. Nach 24 Stunden kann der Abguss aus der Form herausgeholt werden.

Die Präparate halten sich, wenn sie in einem trockenen Raum aufbewahrt werden, vorzüglich, ohne zu schrumpfen, zu zerfließen oder zu schimmeln.



23) **O. Rosenthal.** Beitrag zur Hauttuberkulose.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 151. Festschrift für F. J. Pick.)

Die Beobachtung, die R.'s Mittheilung zu Grunde liegt, gehört zu jenen nicht allzu seltenen Fällen, bei welchen am selben Pat. verschiedene Formen der Hauttuberkulose zugleich vorhanden sind: am Ohr Lupus vulgaris, an der Hand Tuberculosis verrucosa cutis, am Arm Skrofuloderm und »sinuöse, theils schmierige, theils mit fungösen Granulationen bedeckte Ulcerationen, welche immer noch als die eigentliche Tuberkulose der Haut angesehen werden« (wenigstens von Kaposi — doch deckt sich diese Beschreibung der miliaren Hauttuberkulose auch nicht mit der vieler zweifellos tuberkulösen Ulcerationen, denen der ausgezackte Rand und die miliaren Tuberkel der Umgebung fehlen). Aus der mikroskopischen Untersuchung ist hervorzuheben, dass in der verrukösen Tuberkulose die Bacillen nicht reichlicher waren als bei den anderen Formen; die von Riehl und Paltauf gemachte Angabe, dass bei dieser Art der Hauttuberkulose die Zahl der Bacillen zwischen derjenigen der Miliartuberkulose und des Lupus steht, ist also (auch nach dem Befund Heller's und, wie ich hinzufügen kann, auch nach Befunden des Ref.) zu modificiren. Auch sonst giebt die histologische Untersuchung keine scharfen, differentialdiagnostisch verwerthbaren Unterschiede. Für den Verf. ist die Tuberculosis verrucosa cutis »eine Form des Lupus vulgaris«.

Jadassohn (Bern).

24) **A. Staub.** Ein Fall von Lepra in der Provinz Posen.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 277. Festschrift für F. J. Pick.)

Überall tauchen jetzt Mittheilungen über einzelne Leprafälle auf; — auch der Verf. hat in der Provinz Posen eine typische anästhetisch-tuberöse Form bei einem Mann gefunden, welcher in Birma angestellt war und schon vor 7 Jahren die ersten anästhetischen Symptome bemerkt hat. Da in Preußen die Lepra jetzt meldepflichtig ist, wurde der Fall angezeigt und umfassende prophylaktische Maßnahmen in Bezug auf die Reinhaltung der Person des Kranken, den Verkehr mit den Seinen, mit der Außenwelt getroffen. **Jadassohn** (Bern).

25) **L. Merk.** Über Sarcomatosis cutis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLV. Hft. 2.)

Die Sarkome und die sarkomähnlichen Processe der Haut bedürfen, wie gerade die Litteratur der letzten Jahre recht klar gemacht, vom klinischen, wie vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus einer gründlichen Durcharbeitung. Verf. hat Gelegenheit gehabt, Material von einem an allgemeiner Sarkomatose nach Hautsarkom der Schulter verstorbenen Mann zu untersuchen. Die Knoten saßen wesentlich subkutan, waren kleinzellig, bräunlich gefärbt, aber, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, nicht melanotisch, sondern teleangiektatisch und hämorrhagisch. — M. betont mit Recht, dass es nothwendig ist, diese Unterschiede zu machen, und dass das bekannte Sarkom »Typus Kaposi« ebenfalls nicht pigmentirt, sondern teleangiektatisch genannt werden müsse.

Außer der Beschreibung seiner Präparate giebt M. einen historischen Überblick über die Entwicklung der Sarkomfrage, berichtet über die Pigmentbildung, die er in seinem Falle auf die Blutstauung zurückführt, und spricht endlich über die Art der Metastasenbildung beim Sarkom; entgegen der meist vertretenen Ansicht, dass die Sarkome sich wesentlich auf dem Blutweg verbreiten, glaubt er in seinem Falle die Lymphwege als die Bahnen der Metastasirung anschuldigen zu müssen. **Jadassohn** (Bern).

26) **G. W. Wende.** A case of multiple idiopathic pigmented sarcoma.

(Journ. of cut. and genito-urin. dieseases 1898. No. 5.)

Ein Fall von multiplem idiopathischem Pigmentsarkom (Kaposi), dessen *histologische* Untersuchung neue Aufschlüsse nicht bringt. Entgegen der Meinung Kaposi's, dass bei dieser Sarkomform eine Arsenbehandlung wenig Nutzen bringe,

glaubt Verf. auf Grund seiner Beobachtung, dass Arsenik, zuerst in Form Fowlerscher Lösung gereicht, später nach den Angaben Köbner's subkutan injicirt, in seinem Falle wesentliche Besserung erzielt hat. **Kopp** (München).

27) **G. R. Fowler.** The use of animal toxins in the treatment of inoperable malignant tumors.

(Amer. journ. of the med. sciences 1898. August.)

Wie alle Arbeiten, welche den genannten Gegenstand behandeln, geht auch diejenige F.'s von der Erfahrung aus, dass gelegentlich durch Erysipel bösartige Geschwülste zum Stillstand oder gänzlichen Schwund gebracht worden sind. Weiter beschäftigt sich F. mit den Ergebnissen seiner Vorgänger auf diesem Gebiet, vor Allem Coley, Roger, Répin, Emmerich.

In einem Falle F.'s war ein Melanosarkom des Rachens, das er operirt, nach 4 Wochen bereits recidivirt. Mit einer Mischung der Toxine von Streptococcus erysipelatis und Bacillus prodigiosus trat Heilung ein, welche fast 2 Jahre anhielt.

Zum Schlusse erwähnt F. die Versuche, den bösartigen Geschwülsten mit dem Gift der Cobra Capello sowie mit künstlich hervorgerufenen aseptischen Eiterungen (Kronacher, Krynski, Centralbl. f. Chir. 1895. No. 20. 30) beizukommen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

28) **J. Zeisler.** Trophic dermatoses following fractures.

(Journ. of cut. and genito-urin. diseases 1898. No. 7.)

Verf. konnte an sich selbst in Folge eines auch heute noch nicht genügend konsolidirten Bruches des rechten Oberschenkels verschiedene trophische Störungen des Nagelwachsthums und der Haut beobachten. Diese Veränderungen waren einmal fast vollständiger Stillstand des Nagelwachsthums durch 10 Wochen, während später der Nagel wieder in normaler Weise sich entwickelte, dann aber im weiteren Verlauf Blasen- und Bläschenbildungen an der Fußsohle, welche wiederholt speciell im Frühjahr recidivirten (Dermatitis vesiculosa trophoneurotica). Analoge Beobachtungen konnte er in 2 weiteren Fällen machen, welche einen Vorderarmbruch bei einem Kind und einen alten Unterschenkelbruch bei einem 32jährigen Manne betreffen. **Kopp** (München).

29) **Thiem** (Cottbus). Osteomalakie nach Trauma.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 10.)

Verf. theilt einen von ihm 2 Jahre lang beobachteten Fall von Osteomalakie im Anschluss an einen Schenkelhalsbruch mit. Eine große, kräftige, völlig gesunde Frau stürzt beim Tragen einer schweren Last auf die linke Hüfte und erleidet einen Schenkelhalsbruch. Im Verlauf der Gehübungen sinkt Pat. links immer mehr zusammen, das linke Bein wird kürzer. Allmählich zeigen sich dieselben Erscheinungen auf der rechten Seite ebenfalls, und schließlich entwickelt sich eine hochgradige Osteomalakie an der Wirbelsäule, dem gesammten Brustkorb, den Schlüsselbeinen und in beiden Schenkelhälsen.

Sorgfältige Erhebungen und Untersuchungen schließen puerperale Ursache aus. Das Becken zeigt auch heute noch keinerlei osteomalakische Veränderungen. Tuberkulose ist ebenfalls ausgeschlossen. In diesem Falle dürfte also das Trauma die alleinige Ursache der osteomalakischen Veränderungen sein.

Teubner (Hannover).

30) **Hoberg.** Beitrag zur Kasuistik des angeborenen Riesenwuchses.

Inaug.-Diss., Greifswald, **Abel,** 1898.

Nach einem Bericht über das in der Litteratur Bekannte durch die Arbeiten von W. Busch, W. A. Freund, Wittelshöfer, Broca u. A. giebt Verf. den genauen Befund eines angeborenen halbseitigen Riesenwuchses bei einem einjährigen Kind. Nachdem ein Versuch mit partieller Konstriktion fehlgeschlagen, wurde wie son von jeder Therapie abgestanden. **Roesing** (Hamburg).

31) **Watson.** A case of osteitis deformans.

(Bull. of the Johns Hopkins Hospital 1898. Juni.)

Seit Paget im Jahre 1876 die Osteitis deformans beschrieb, sind im Ganzen etwa 60 Fälle dieser Erkrankung beobachtet. Die meisten Fälle wurden aus England mitgetheilt, aus Amerika sind erst 6 Fälle bekannt. Einen 7. hatte Verf. zu beobachten Gelegenheit.

Der zur Zeit 62jährige Mann war völlig gesund bis zum 37. Jahre. Es trat zuerst eine entzündliche Schwellung der Haut an dem linken, dann an dem rechten Schienbein auf, die etwa 4—5 Monate anhielt. Vor 20 Jahren zeigten sich Schmerzen in den Knochen der Beine. Zugleich bogen sich diese, so dass Pat. deutlich kleiner wurde. Vor 15 Jahren fiel das Dickerwerden des Kopfes auf, der Umfang desselben vergrößerte sich im Laufe der Zeit um $3^1/_{16}$ Zoll. Vor 10 Jahren begann sich der Rücken zu krümmen und die Brust flacher zu werden. Der Kranke hat im Ganzen $9^1/_4$ Zoll an Länge verloren Vor 2 Jahren bemerkte er zufällig, dass er auf dem rechten Auge blind sei. An beiden Händen Dupuytren'sche Kontraktur. Das Allgemeinbefinden war stets ungestört.

Strauch (Braunschweig).

32) **v. Dungern u. Schneider.** Zur Kasuistik der chronischen deformirenden Gelenkentzündung.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 43.)

Aus der Krankengeschichte des durch Betheiligung fast aller Gelenke, auch der Wirbelsäule, ausgzeichneten Falles sei nur hervorgehoben, dass in vivo und post mortem in der schleimigen, trüben Exsudatflüssigkeit der verschiedenen Gelenke, deren Synovialmembran nirgends zottig gewuchert war, während sich der Knorpel meist usurirt zeigte, neben anderen Mikroorganismen konstant Diplokokken gefunden wurden. Letztere werden von den Verff. als die hauptsächlichsten Erreger der chronischen Gelenkserkrankung des vorliegenden Falles angesehen, da mit ihnen am Kaninchen gleichzeitig Gelenkaffektionen erzeugt werden konnten. Als Infektionsquelle vermuthen die Verff. eine chronische Cholecysitis.

Kramer (Glogau).

33) **C. Loi.** Ferita completa della vena ascellare per lesione diretta del cavo ascellare, legatura e guarigione.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1898. No. 130.)

Der 20jährige Verletzte hatte ein Schustermesser in der inneren Rocktasche getragen; beim Sprung war dasselbe in die Achselhöhle gedrungen. Der Arzt traf 20 Minuten nachher ein und fand eine 20 cm lange, sehr tiefe, längliche, in der Mitte der Achsel gelegene Wunde, aus der kontinuirlich dunkelrothes Blut abfloss. Der Puls war an Radialis und Cubitalis vorhanden. Zunächst wurde eine feste Tamponade, aber ohne Erfolg versucht. Darauf wurden an die Stümpfe der verletzten Vene Pincetten gehängt. Am nächsten Tage geschah die schwierige Unterbindung, bei der zunächst die Fäden abrutschten und neue Blutung entstand. Die Wunde wurde nicht vernäht. Trotz hohen Fiebers am 5. Tage führten reichliche warme Sublimatspülungen zur Heilung nach 25 Tagen. Die Extremität war 8 Tage lang cyanotisch und stark geschwollen. Dann verschwanden diese Komplikationen.

Dreyer (Köln).

34) **Thiem** (Cottbus). Zur Frage der sogenannten divergirenden Verrenkungen von Speiche und Elle am Ellbogengelenk.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 10.)

Unter Beifügung eines Röntgenbildes wird über 3 Fälle von Einkeilung des Oberarmgelenkkopfes zwischen Elle und Speiche, damit verbundener Verrenkung des Speichenköpfchens nach oben und Absprengung und Verlagerung des Kronenfortsatzes nach unten berichtet. Ursache war 2mal Fall auf die ausgestreckte Hand.

Teubner (Hannover).

35) **E. Kirmisson.** Exostose volumineuse de l'extrémité inférieure du cubitus gauche d'origine traumatique.

(Revue d'orthopédie 1898. No. 2.)

Folgen einer juxtepiphysären Verletzung vor 3 Jahren bei einem damals 6jährigen Kind. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Epiphysentrennung am unteren Ende der Ulna mit Längenwachsthumshemmung dieses Knochens, welcher 1 cm verkürzt sich zeigt. In Folge dessen Schiefstellung des Radiocarpalgelenks, welches durch den normal fortgewachsenen Radius verschoben ist. Dafür ist unter dem Epiphysenring eine 3—4mal voluminösere Verdickung des Ulnarandes oberhalb der Epiphyse eingetreten, welche die Sehnen und Muskeln der Beugeseite am Vorderarm im Bogen abdrängt. **Herm. Frank** (Berlin).

36) **Golebiewski** (Berlin). Zur Prognose der unbedeutenden Stich- und Risswunden an den Händen und Fingern.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 10.)

Es werden 70 selbstbehandelte Fälle mitgetheilt, ursprünglich alles leichte Verletzungen. Auch aus dieser Statistik ist überzeugend ersichtlich, wie trostlos die Prognose quoad functionem ist, wenn ärztliche Behandlung zu spät aufgesucht wird. Es seien aus der Fülle des Materials nur einige Zahlen angeführt. 3 Kleinfingerverletzungen gaben eine durchschnittliche Behandlungszeit von 16 Wochen, eine Durchschnittsrente von 18%. Die Daumenverletzungen haben sich als die gefährlichsten erwiesen. Von 13 Fällen beträgt die durchschnittliche Erwerbsunfähigkeit dauernd 60%, die ärztliche Behandlung 33 Wochen. Von diesen 13 Verletzten haben bis jetzt die Arbeit wieder aufgenommen 7, im Durchschnitt nach einer Zeit von 6 Monaten 3 Tagen. Die Zeigefingerverletzungen stellen sich viel günstiger. 5 wurden wieder völlig arbeitsfähig, das Heilverfahren dauerte durchschnittlich 22 Wochen, die Durchschnittsrente 25%. Noch besser stehen die Mittelfingerverletzungen da. Die Durchschnittsrente beträgt hier 20%, die Behandlungsdauer 17 Wochen. Von 15 Hohlhandverletzungen sind 9 wieder völlig erwerbsfähig geworden. Durchschnittsdauer 20 Wochen. 4 Handrückenverletzungen verliefen bis auf 1 (Dauer 10 Monate) günstig.

Teubner (Hannover).

37) **B. Kimmel.** Ein Fall von Spontanfraktur der rechten Ulna mit Luxation des Radius bei Syringomyelie.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898. 28 S.

Die Arbeit bringt die ausführliche Krankengeschichte eines 39jährigen Pat. mit fast völligem Verlust der Temperatur- und Schmerzempfindung am rechten Arm, der rechten Schulter, Rücken, Hals und vorderen Brusthälfte neben Herabsetzung derselben an der Hand und in der oberen linken Rückengegend, trophischen Störungen am rechten Arm, Anomalien der Schweißsekretion. Pat. zog sich beim Heben eines Eimers Wasser den Bruch der Ulna zu, neben einer später konstatirten Radiusverrenkung. Bildung von reichlichem Callus führte zu Funktionsstörungen des Armes. Sowohl die Fraktur als die Verdickung des Radiusköpfchens werden auf die Knochenalteration durch die Syringomyelie zurückgeführt. **Bähr** (Hannover).

38) **Destot.** Trois cas de luxation médio-carpienne.

(Province méd. 1898. No. 38.)

In den kurz citirten beiden ersten Fällen handelt es sich um eine Verrenkung der Knochen der zweiten Handwurzelreihe, 1mal nach vorn, 1mal nach hinten, im dritten, erzeugt durch einen Sturz auf die Rückseite der gebeugten Hand, neben der letzteren Luxation der 2. Handwurzelknochenreihe um eine Fraktur des Os naviculare mit einigen Absprengungen am Radius. Die Diagnose selbst im Röntgenbild ist sehr schwierig, und auch der Autor hat sich, obwohl zahlreiche Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Skiagraphie zumal bei Knochenverletzungen



seine Erfahrung darthun, einmal täuschen lassen. Er verlangt zur Sicherstellung der Diagnose eine Aufnahme von vorn nach hinten, eine solche im Profil, und zum Vergleich die der gesunden Hand, außerdem aber auch stereoskopische Beobachtung. Klinisch kennzeichnen sich die Luxationen durch die entweder nach vorn oder hinten vorspringenden Knochentheile der 2. Reihe, während die Sehnen über die davor liegende Vertiefung deutlich brückenförmig verlaufen und gegenüber einem Knochenbruch ganz charakteristischerweise durch einen sehr auffällig geringen Grad von Schmerzhaftigkeit. Der eine der Pat. hat 8 Tage lang nach der Verletzung mit der Hand noch weiter gearbeitet.

Herm. Frank (Berlin).

39) **F. Zenker** (Hamburg). Über inkomplete angeborene Hüftluxationen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. I.)

Z. berichtet unter Bezugnahme auf die einschlägige Litteratur über einen selbst beobachteten Fall von inkompleter angeborener Hüftluxation.

Ein 3jähriger, übrigens kräftiger Knabe, der spät laufen lernte, zeigte bei den ersten Gehversuchen ein gleichmäßiges Schwanken, als Z. ihn Anfang Oktober 1897 zuerst untersuchte. Wurde der Knabe geführt, so schwankte er nicht. Die Füße waren etwas nach außen gerichtet. Beiderseits ziemlich erheblicher Pes planovalgus. Großer Trochanter etwas über der Nélaton'schen Linie. Deutliche Lordose der Lendenwirbelsäule. Gleiche Beinlänge. Oberschenkelköpfe nicht außerhalb der Pfanne. Passiv normale Abduktion möglich aber aktiv nicht. Trendelenburg'sches Symptom nicht deutlich.

Nachdem inzwischen Massage der Glutäalmuskeln angewandt und kurz zuvor ein linksseitiges Hinken aufgefallen war, ergab eine zweite Untersuchung im Februar 1898 eine linksseitige komplete Luxation. Großer Trochanter $1^1/_2$ cm oberhalb der Nélaton'schen Linie. Das Bein leicht adducirt. Das Röntgenbild zeigt links eine komplete Luxation und rechts eine genau dem linken Acetabulum entsprechende Abflachung der rechten Pfanne. Der Schenkelkopf stand rechts zwar abnorm lateral, aber doch noch unter dem Pfannendache.

Durch näheres Eingehen auf das Skiagramm, das, wenn auch nicht besonders deutlich in Bezug auf die Formen, doch das gegenseitige Verhältnis der Oberschenkel zum Becken genau erkennen lässt, führt Z. den Nachweis, dass rechts noch jetzt eine inkomplete Luxation besteht, während er annimmt, dass links dieselbe Luxationsform ebenfalls bestanden hat, aber durch irgend welche nicht näher mehr festzustellenden Einwirkungen plötzlich komplet geworden ist.

Nach Ansicht des Ref. hält Verf. sich mit seiner Analyse des Falles durchaus in dem Rahmen der festgestellten Befunde. **C. Lauenstein** (Hamburg).

40) **L. Meucière.** Entorse du genou par contraction du semimembraneux et arrachement du ligament latéral interne ou de ses fibres accessoires.

(Revue d'orthopédie 1898. No. 2.)

Eine 73jährige alte Frau steigt gemächlich unbelastet eine Treppe grade auf, fühlt plötzlich, ohne einen Fehltritt zu machen, deutliches Krachen im Knie, heftige Schmerzen, und kann nicht weiter. Der Arzt findet das Knie halbgebeugt, keinen Erguss, Streckung sehr empfindlich, lokale Druckschmerzhaftigkeit nur an einem Punkt 3 cm von der Gelenklinie am Ligamentum internum. In dieser ganzen Sache sieht der Autor den »fast experimentellen« Beweis, dass eine Verstauchung des Kniees durch partiellen Einriss des Ligamentum internum und insbesondere seiner accessorischen Fasern möglich ist, wozu er noch ein genaues Bild der anatomischen Verhältnisse dieses Bandes giebt. Das Vorkommen einer solchen Kniegelenkverletzung lediglich durch Muskelzug, wie es bereits einmal vom Semimembranosus behauptet wurde, ist bisher nicht anerkannt worden.

Herm. Frank (Berlin).



41) v. **Kuczorowski.** Die Operationen bei Genu valgum.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898. 42 S.

Verf. kommt unter Zugrundelegung des Materials der Greifswalder chirurgischen Klinik vom Jahre 1886 bis März 1898 zu folgenden Schlüssen: Durch manuelles Redressement, Gipsverbände wird die Behandlung nur in die Länge gezogen. Die besten Resultate ergab die Osteotomia femoris nach Macewen. Die meisten Pat. der Klinik rekrutiren aus Arbeiterkreisen. Der Verlauf war stets reaktionslos bis auf eine Peroneuslähmung und die Abstoßung eines Rindensequesters (29 Fälle). Durchschnittlich operirt wurde bei einem Außenwinkel von 152°, der höchste Grad war 135°, der niedrigste 170° Außenwinkel. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 58 Tage (9—114). Nach den Nachforschungen waren die Dauerresultate sehr günstig. Dass ein Pat. zum Militärdienst ausgehoben und eingestellt, später aber wieder entlassen wurde, darf nach des Ref. Ansicht allerdings nicht sehr ins Gewicht fallen. Nach der Operation wurde gestreckt und zunächst noch Schienenverband angelegt, nach durchschnittlich 16 Tagen ein Gipsverband, der ca. 29 Tage getragen wurde. Medico-mechanische Nachbehandlung. Zwei Drittel wurden noch mit geeigneten Verbänden entlassen, ein Drittel völlig geheilt. **Bähr** (Hannover).

42) **G. Schütte.** Über Kompressionsfrakturen am oberen Ende der Tibia.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898. 24 S.

Verf. bereichert die Kasuistik um 4 weitere Fälle, welche in ihrem Entstehungsmechanismus Besonderheiten bieten. Als reine Kompressionsbrüche könnten indess die Fälle nicht alle gelten, es müsste denn sein, dass man theilweise Abbrüche eines Kondylus, welche ja oft mit einer Kompression der Spongiosa einhergehen, mit einrechnet. **Bähr** (Hannover).

43) **O. Margarucci.** Ossificirendes Angioma cavernosum des M. gemellus surae.

Rom, Società Editrice **Dante Alighieri,** 1898.

Ein 26jähriger Mann kam wegen einer Affektion am linken Knie zur Behandlung. Die Anamnese ergab, dass er im Alter von 12 Jahren ein Trauma (Fall aus der Höhe von 3 m) mit mehrfachen Kontusionen erlitten hatte. Erst nach 3 Jahren, als Schmerzen in der Kniekehle auftraten, nahm er wahr, dass die linke Wade, welche bis dahin größer als die rechte erschienen war, beträchtlich abmagerte; gleichzeitig trat eine ungewöhnliche Resistenz am Ort der Schmerzen auf. Diese Symptome verschlimmerten sich allmählich; es kam zur Flexion im Kniegelenk und zur Equinusstellung. Die objektive Untersuchung erwies im hinteren inneren Bereich des linken Unterschenkels eine knochenharte Anschwellung von länglicher Form, auf Druck schmerzhaft. Am Hodensack findet sich ein Angioma venosum. Die Behandlung bestand zuerst in Jodkaliverabreichung, Achilleotenotomie und forcirter Extension, wozu späterhin noch die Tenotomie mehrerer Oberschenkelmuskeln kam. Schließlich musste man zur Radikaloperation schreiten: Exstirpation und Auslöffelung des im medialen Kopf des Gastrocnemius gelegenen, theils knochenharten, theils weichen und blutreichen Gewebes. Völlige Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst aus zweierlei Geweben bestand, nämlich aus völlig ausgebildetem Knochengewebe und aus blutgefüllten, mit Endothel ausgekleideten Hohlräumen, die einem fibrösen Zwischengewebe eingelagert sind. In dem letzteren sind hier und da glatte Muskelzellen anzutreffen, so wie auch Sehnengewebe; dagegen sind nirgends quergestreifte Muskelfasern zu finden, nirgends Knorpel. Mit Rücksicht auf die eigenartige Bildung der Bluträume im vorliegenden Falle nimmt Verf. an, dass es sich um ein (jedenfalls angeborenes) Angioma cavernosum des Muskels handelte, und dass die Knochenneubildung auf einen chronischen Entzündungszustand, wahrscheinlich durch den Reiz des Traumas verursacht, zurückzuführen sei; diese Ansicht wird

auch noch gestützt durch den Umstand, dass der Pat. am Hodensack gleichfalls ein Angiom hatte. **H. Bartsch** (Heidelberg).

44) **Faure.** Pied bot valgus par contracture des péroniers latéraux, allongement des péroniers; guérison. — Rapport de M. E. Kirmisson. — Discussion.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 138.)

Bei einem 46jährigen Pat. mit hochgradiger Valgusstellung des Fußes nach beiderseitigem Knöchelbruch machte F. 1 Jahr nachher eine keilförmige Osteotomie der Tibia, eine lineäre der Fibula, erzielte völlige Konsolidation in guter Stellung. Schon nach 4 Wochen kehrte der Kranke indess mit neuer Valgusstellung in Folge Kontraktur beider Peronei zurück. Jetzt spaltete F. die Sehnen dieser beiden Muskeln der Länge nach je 10 cm weit, ließ durch Normirung der Fußstellung die Sehnenstümpfe an einander vorbeigleiten und vernähte ihre Enden nunmehr in einer Länge von 5 cm. Er hatte also eine Verlängerung von 5 cm erreicht. Glatte Heilung. Trotz gut bleibender Stellung und ausgiebiger Beweglichkeit des Fußes klagte Pat. jedoch auch weiterhin über Schmerzen im Fußgelenk und konnte nur mit Krücken gehen.

Der Berichterstatter Kirmisson sieht die Ursache des funktionellen Misserfolges darin, dass F. die supramalleoläre Osteotomie und nicht die Resektion der Malleolen ausgeführt hat. Er ist der Ansicht, dass die Osteotomie nach Trendelenburg weder beim statischen noch beim traumatischen Plattfuß gute Resultate geben könne; sie verdecke nur eine Deformation durch eine zweite an anderer Stelle. Reynier hat hingegen von der Osteotomie zur Beseitigung fehlerhafter Valgusstellung in Folge Dupuytren'scher Frakturen recht gute Resultate gesehen; nur müsse man sie ausgiebig genug machen, um auch wirklich einen völligen Ausgleich der fehlerhaften Stellung zu erzwingen, so dass die Achse des Fußes zu der des Unterschenkels in normaler Richtung verlaufe. Die Achse des Unterschenkels müsse in ihrer Verlängerung nach außen von der 2. Zehe treffen. Der gleichen Ansicht sind Lucas-Championnière und Schwartz.

Reichel (Chemnitz).

XXVIII. Kongress
der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Der XXVIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 5. bis 8. April in Berlin statt.

Die Begrüßung der zum Kongress sich versammelnden Mitglieder geschieht am Dienstag, den 4. April, Abends von 8 Uhr ab im Hôtel de Rome (Charlottenstraße No. 44/45).

Die Eröffnung des Kongresses findet Mittwoch, den 5. April, Vormittags 10 Uhr im Langenbeckhause statt. Während der Dauer des Kongresses werden daselbst Morgensitzungen von 10—1 und Nachmittagssitzungen von 2—4 gehalten.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, den 5. April, und die Nachmittagssitzung am Freitag, den 7. April, sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung.

In der zweiten Sitzung der Generalversammlung, am Freitag Nachmittag, findet die Wahl des Vorsitzenden für das Jahr 1900 statt.

Von auswärts kommende Kranke können im Königl. Klinikum (Berlin N., Ziegelstraße No. 5—9) Aufnahme finden; auch können Präparate, Bandagen, Instrumente etc. dorthin gesandt werden.

Wenn ausreichende Anmeldungen einlaufen, wird eine Ausstellung von Röntgen-Photographien stattfinden. Die Bilder bitte ich an Herrn Dr. Immelmann,

(*Lützowstr.* 72) *zu senden, welcher für die Ordnung, Aufstellung nach Krankheitsgruppen und die Rücksendung Sorge tragen wird.*

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich sehr zeitig und wenn irgend möglich spätestens bis zum 15. März an meine Adresse, Dr. **Hahn**, *Berlin NO., Krankenhaus Friedrichshain, gelangen zu lassen.*

Herr Anders ist beauftragt und ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeckhauses, Zuwendungen für die Bibliothek, so wie die regelmäßigen Zahlungen der Mitglieder entgegenzunehmen.

Berlin, Januar 1899. *Dr.* **E. Hahn,**
Vorsitzender für das Jahr 1899.

Der XVII. Kongress für innere Medicin

findet vom 11. bis 14. April 1899 zu **Karlsbad** *statt. Das Präsidium übernimmt Herr Quincke (Kiel).*

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Dienstag, den 11. April: **Die Insufficienz des Herzmuskels.** *Ref.: Herr L. v. Schrötter (Wien) und Herr Martius (Rostock).*

Am dritten Sitzungstage, Donnerstag, den 13. April: **Leukämie und Leukocytose.** *Ref.: Herr Löwit (Innsbruck) und Herr Minkowski (Straßburg).*

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet:

Herr Moritz Schmidt (Frankfurt): Frühdiagnose und Behandlung der Aortenaneurysmen.

Herr Max Breitung (Coburg): Über phonographische Stimmprüfung, ihre Technik, methodische Anwendung und diagnostische Bewerthung. (Mit Demonstration.)

Herr van Niessen (Wiesbaden): Über den jetzigen Stand der Syphilisätiologie.

Herr P. Jacob (Berlin): Experimentelle Beiträge zur Therapie des Tetanus.

Herr F. Blumenthal (Berlin): Zur Wirkung des Tetanusgiftes.

Herr Jaques Meyer (Karlsbad): Beitrag zur Pathologie der Gallensteinkrankheit.

Herr Theodor Schott (Bad Nauheim): Über die Behandlung chronischer Herzmuskelerkrankungen im jugendlichen Alter.

Herr Groedel (Bad Nauheim): Bemerkungen zur Digitalisbehandlung bei chronischen Kreislaufstörungen.

Außerdem haben noch Vorträge in Aussicht gestellt die Herren:

Nothnagel (Wien), von Noorden (Frankfurt a/M.), von Leube (Würzburg), Edgar Gans (Karlsbad), Naunyn (Straßburg i/E.), Leichtenstern (Köln), Ebstein (Göttingen), Czerny (Breslau), Escherich (Graz), Stokvis (Amsterdam), Pribram (Prag), E. Kraus (Prag), Walko (Prag), R. v. Jaksch (Prag)

Theilnehmer für einen einzelnen Kongress kann jeder Arzt werden. Die Theilnehmerkarte kostet 15 ℳ = 9 Fl. Die Theilnehmer können sich an Vorträgen, Demonstrationen und Diskussionen betheiligen und erhalten ein im Buchhandel ca. 11 ℳ kostendes Exemplar der Verhandlungen gratis.

Mit dem Kongresse ist eine **Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten etc.,** *so weit sie für die innere Medicin Interesse haben, verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an Herrn L. v. Mattoni (Karlsbad) zu richten.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. Sonnabend, den 11. Februar. 1899.

Die Resektion des Halssympathicus in der Behandlung der Epilepsie, des Morbus Basedowi und des Glaukoms.

Von
Prof. Dr. **Thomas Jonnesco** in Bukarest.

Im Januar 1897 habe ich in diesem Centralblatt[1] einen kleinen Artikel über eine neue Operation veröffentlicht: Über die totale beiderseitige Resektion des Halssympathicus in der Behandlung des Morbus Basedowi und der Epilepsie. Ich habe seit jener Zeit Ge-

[1] No. 2 p. 33—37.

legenheit gehabt, diese Operation in 54 Fällen vorzunehmen; im September 1897 habe ich die Resektion des Sympathicus cervic., auf das obere Ganglion beschränkt, in 1 Falle von Glaukom vollzogen und habe seither diese Operation 7mal wiederholt. Vom August 1896 ab habe ich folglich 61 Kranke operirt; von diesen litten

43 an essentieller Epilepsie,
1 an Epilepsie und Chorea,
1 an Epilepsie und Basedow'scher Krankheit,
8 an Morbus Basedowi; bei 5 war das Leiden primitiv, bei 3 sekundär,
1 an Morbus Basedowi und Glaucoma,
7 an Glaucoma.

Von diesen 61 Operirten haben sich 42 der totalen beiderseitigen Resektion, die 3 Ganglien und das intermediäre Mittelstück umfassend, unterzogen; 1 der vollständigen Resektion auf der einen Seite und der beiden oberen Ganglien auf der entgegengesetzten Seite; 8 der vollständigen einseitigen Resektion; 3 der beiderseitigen partiellen ausgedehnten Resektion, die ganze Halskette mit Ausnahme des unteren Ganglions umfassend; 7, an Glaucoma leidend, der Resektion des oberen Halsganglions, 6mal beiderseitig und 1mal einseitig.

An den Folgen der Operation ist keiner von meinen Operirten verschieden; unabhängig vom operativen Eingriff starben im Anfall 6 Epileptiker kurz nach dem Eingriff oder später resp. in Folge einer unterlaufenden akuten Krankheit.

In verschiedenen Arbeiten habe ich die erhaltenen Resultate sowohl wie die operative Technik geschildert[2]. Hier will ich, auf diese vollständige Statistik gestützt, genau aus einander setzen, wie viel vom Sympathicus resecirt werden soll und die mittelbaren und späteren Folgen dieser Operation wie die therapeutischen Resultate zu schildern versuchen. Ich erachte den Augenblick für gekommen, um dieser neuen Operation, die nun von einer Anzahl von Chirurgen vollzogen worden ist, den ihr unter den Errungenschaften der modernen Chirurgie gebührenden Platz zu verschaffen.

Die ansehnliche Statistik sowohl wie die mannigfachen Veröffentlichungen sprechen für die Wichtigkeit dieser neuen Operation. Ich beschränkte mich darauf, nur die Arbeiten Jaboulay's und

---

[2] Comptes rendus du dixième Congrès de Chirurgie, Paris, Dec. 1896; România Medicală 27. Dec. 1896; Centralblatt für Chirurgie 9. Jan. 1897; Archives provinciales de Chirurgie, 2. Febr. 1897; Travaux de neurologie chirurgicale, Paris 1897; Académie de médecine de Paris, Sitzung vom 27. Juli 1897; Internationaler med. Kongress zu Moskau, August 1897; Dixième Congrès de Chirurgie de Paris 1897; »Presse médicale« v. 23. Okt. 1897 u. 8. Juni 1898; Académie de médecine de Paris, Sitzungen v. 19. Okt. 1897 u. 19. April 1898; Revista de Chirurgie (Bukarest) 1897 u. 1898; Archives des sciences médicales, Paris 1898; in meinen Travaux de chirurgie, Paris 1898 bei Masson; in den Inauguraldissertationen meiner Schüler M. Băbes (Resecţiunea simpaticubŭ cervical in guşa exoftalmică, Bukarest 1897) u. J. Braun (Resecţiunea simpaticubŭ cervical in epilepsia esenţială, Bukarest 1898).

seiner Schüler, Abadie's und Gérard Marchand's, Quénu's und Chauffard's, Reclus' und Faure's, Soulié's, Cerkez' und Juvara's, Gauthier's und Combemale's, Thiviar's und Boisson's letzthin erschienene Pariser Inauguraldissertation über die Resektion des Halssympathicus in der Behandlung des Morbus Basedowi zu erwähnen; die Beobachtungen von Tuffier, Chipault, Nicard, Ottero-Madrid, Donath-Budapest, Bayer-Prag, Launois und Jabralay und Schapiro's (Paris) und Briaud's (Bordeaux) Inauguraldissertationen über dieselbe Operation in der Behandlung der Epilepsie; schließlich die beiden von Abadie veröffentlichten Fälle von Sympathicusresektion beim Glaukom. Beim Glaukom ist Abadie meines Wissens der Einzige, der die von mir angegebene Operation vollzogen hat, übrigens mit recht gutem Erfolg.

Wie viel muss vom Halssympathicus resecirt werden? Jaboulay behauptet, schon die Sektion des Halssympathicus genüge, um dessen physiologische Rolle zu unterdrücken. Allein dem ist nicht so; denn die Halskette des Sympathicus ist von drei Ganglien gebildet, die für sich allein kleine nervöse Centren darstellen, die in direkter Verbindung sind mit den Hirn-Rückenmarkscentren durch Vermittelung der Rami communic. Es bliebe also der durchschnittene Halsstrang — sei es, dass die Sektion zwischen dem oberen und dem mittleren oder diesem und dem unteren Ganglion stattfände — verbunden mit intakten Ganglien; diese behielten ihre Rückenmarksverbindungen und ihre abgehenden Zweige und würden also auch weiterhin die verschiedenen Organe beeinflussen, deren Funktion wir durch den Eingriff auf den Sympathicus ändern möchten. Was die sekundäre Entartung der Sympathicuskette betrifft, die nach der Durchschneidung des Stammes eintreten soll, ein Punkt, auf den Jaboulay[3] seine Sympathicotomie zu stützen sucht, so hat Prof. G. Marinesco nachgewiesen, dass diese Entartung nicht zu Stande kommt; nach der Durchschneidung des Sympathicus an Hunden ist es ihm nicht gelungen, Zellveränderungen, sei es im oberen oder im unteren Ganglion, wahrzunehmen[4]. Die einfache Durchschneidung des Sympathicus ist folglich ungenügend sowohl wie irrationell, und nur die Sympathikektomie kann mit den Ergebnissen der Anatomie und der Physiologie übereinstimmen. In wie weiter Ausdehnung aber die Resektion vorzunehmen ist, das muss bei jedem Leiden besonders festgestellt werden.

Bis zum August 1896 war die Sympathicotomie Jaboulay's der einzige versuchte Eingriff bei Morbus Basedowi; er hat dieselbe 3mal, im Februar, März und April 1896, ausgeführt. Am 17. August 1896 habe ich die erste Sympathikektomie gemacht, d. h. die beiderseitige Resektion der Nn. sympathici einschließlich des oberen und mittleren Ganglions bis unter Art. thyreoid. inferior. Am 2. Sep-

[3] Lyon méd. 1897. p. 251.
[4] Revue de neurologie 1898. p. 234.

tember 1896 habe ich diese Operation zum 2. Male ausgeführt. Beide Fälle sind im Oktober desselben Jahres auf dem 10. Pariser Kongress für Chirurgie mitgetheilt worden. Am 19. Januar 1897 hat Jaboulay seinen vierten Eingriff am Sympathicus bei Morbus Basedowi vorgenommen, aber nicht mehr in seiner früheren Weise, sondern genau meinem Verfahren entsprechend, d. h. er resecirte eine Portion des Nervus sympathicus einschließlich des oberen und mittleren Ganglions[5]. Seit jener Zeit haben alle Chirurgen, die den Morbus Basedowi durch einen operativen Eingriff am Sympathicus beeinflussen wollten, nur noch die Resektion vorgenommen, und Jaboulay selbst, der nun 11 Fälle veröffentlicht hat, hat 8mal die Sympathikektomie vorgenommen, während nur die ersten drei, wie bereits oben geschildert, Sympathicotomien waren. Was die Ausdehnung der Resektion betrifft, so hat sie mit den Chirurgen gewechselt: die Einen haben eine kleine Portion des oberen Halsganglions und des darunter liegenden Stranges resecirt, die Anderen die beiden oberen Ganglien und wieder Andere den ganzen Strang. Jedenfalls siegte das Princip, und die Resektion trat an die Stelle der Sektion. Nur will es mir scheinen, dass die totale Resektion die beste ist; denn sie allein vermag alle zugänglichen Quellen des sympathischen Nerven — an der Schilddrüse, am Auge und die accelerirenden Herznerven — aufzuheben. Das obere Halsganglion dient als Passage dem Augenbündel; vom unteren Ganglion entstammen die gefäßerweiternden Nerven (Morat) und wahrscheinlich auch die sekretorischen Nerven der Schilddrüse; dasselbe Ganglion liefert die Bündel der beschleunigenden Herznerven. Es wäre also die auf das obere Halsganglion beschränkte Resektion irrationell, da sie einen dauerhaften Einfluss nur auf das Auge haben könnte. Von diesen Voraussetzungen ausgehend habe ich, die ersten beiden Fälle ausgenommen, bei allen 8 Operirten die ganze Kette des Sympath. cervic. resecirt, bei 7 Kranken beiderseitig, bei 1 Kranken einseitig. Es ist diese Operation allerdings sehr delikat, aber sie ist stets benign und leicht ausführbar; sie ist eine feine Secirübung am Lebenden, die selbst ein Kropf oder besonders stark entwickelte Halsgefäße nicht schwieriger gestalten. Nur um jedweder Verletzung aus dem Wege zu gehen ist es rathsam, jedes Mal nur an je einem Sympathicus zu reseciren; sind 8 Tage verstrichen, dann kann der zweite in Angriff genommen werden.

Bei der Epilepsie wollen wir eine tiefgehende Änderung der Hirncirkulation herbeiführen, indem wir die cerebrale Anämie in eine permanente Kongestion umwandeln, — eine Kongestion, die die schlechte Ernährung der Nervenzellen verändert oder dieselben von den toxischen Produkten befreit. In anderen Fällen, bei der Reflexepilepsie, wollen wir den Weg der Transmission der von den Visceren zum Hirn laufenden Reizungen ändern. Um dies Resultat zu er-

---

[5] Vignard, Bulletin médicale Februar 27. 1897.

reichen, haben die Einen die einfache Sektion des Nerven vorgenommen (Jaboulay), die Anderen beschränkten sich auf die partielle Resektion, sei es des oberen Halsganglions (Alexander Kümmel), sei es des mittleren (Bogdanik, Tuffier) oder des unteren Ganglions (v. Jaksch), oder auch des mittleren und unteren (v. Bar̨acz). All diese partiellen Resektionen können nur einen Theil der gefäßverengenden Nerven des Hirns beeinflussen. Die Resektion des oberen Ganglions hebt die Vasomotoren des Carotisgebiets auf, das untere Ganglion dieselben Nerven des vertebralen Gebiets; man muss also beide entfernen, um eine möglichst vollkommene Zerstörung der Vasomotoren beider vaskulären Gebiete des Hirns zu Stande zu bringen. Auch muss man, um die Unterdrückung der Leitungswege der visceralen Reizungen zum Hirn zu erhalten, sowohl die prävertebralen wie auch die intravertebralen (Nn. vertebrales), den ganzen Halssympathicus entfernen. Dies die Thatsachen, die mich zur totalen beiderseitigen Resektion geführt haben, eine Operation, die sowohl hier wie auch beim Morbus Basedowi allein logisch und rationell sein kann.

v. Bar̨acz hat auf dem Moskauer Kongress 1897 behauptet, er sei als Erster auf die Idee der totalen Resektion des Sympathicus in der Behandlung der Epilepsie gekommen, ja er habe sie vor mir zur Ausführung gebracht. Um die Priorität der Idee zu beweisen, hat v. Bar̨acz in einer in diesem Centralblatt[6] veröffentlichten Notiz, als Antwort auf meinen gleich Anfangs erwähnten Artikel, ein Citat aus einer älteren, in polnischer Sprache veröffentlichten Arbeit[7] angeführt. Thatsächlich geht aus dieser Arbeit hervor, dass der Verfasser die totale Resektion des Sympathicus zur Behandlung der Epilepsie vorgeschlagen hat, um eine Unterbrechung der Leitungsbahnen der Reflexepilepsie herbeizuführen, ohne die vasomotorischen Wirkungen auf das Hirn zu erwähnen. Als ich 1896 die totale Resektion vorgeschlagen und ausgeführt habe, war mir die Arbeit v. Bar̨acz' unbekannt, da sie in einer mir fremden Sprache und in einem mir ganz unbekannten Journal veröffentlicht worden war. Auch habe ich nirgends ein Referat oder irgend eine Erwähnung dieser Arbeit v. Bar̨acz' gefunden. Übrigens ist es zu wunderbar, dass v. Bar̨acz, der diese Idee schon im Jahre 1893 veröffentlicht hatte, keine Gelegenheit gehabt, die Operation auszuführen. Aber selbst der Ausgangspunkt dieser Idee war für mich ein ganz anderer, da ich namentlich die vasomotorische Rolle des Sympathicus im Auge hatte und erst in zweiter Reihe dessen Leitungsfunktion der visceralen Reizungen. Was aber die Ausführung dieser Resektion selbst betrifft, so geht aus den Veröffentlichungen v. Bar̨acz' hervor, dass er dieselbe niemals vorgenommen hat; denn der einzige von ihm

---

[6] 1897. No. 13. p. 400.
[7] Przegląd lekarski 1893. No. 20.

veröffentlichte Fall von Sympathicusresektion[8] befindet sich in einer Arbeit über die Ligatur der Aa. vertebrales, in der nur zufällig vom Autor mitgetheilt wird, dass er in einem seiner Fälle gleichzeitig mit der Vertebralarterie ein 6—7 cm langes Stück des Sympathicus einschließlich der zwei unteren Halsganglien resecirt habe. Es ist somit klar, dass v. Barącz nur eine partielle Resektion gemacht, und das nur zufällig, gelegentlich eines Eingriffs in die Aa. vertebrales. Der Titel seiner Arbeit und die nur zufällige Erwähnung der von ihm in 1 Falle vorgenommenen partiellen Resektion erklärt zur Genüge, warum mir sein Fall unbekannt blieb und ich ihn nicht in meinem Bericht über die partiellen Resektionen auf dem Moskauer Kongress erwähnen konnte. Hierauf beschränkt sich der Anspruch v. Barącz' auf die Priorität der Idee und der Ausführung der totalen beiderseitigen Resektion des Sympathicus in der Behandlung der Epilepsie.

Zur Behandlung des Glaukoms genügt die Exstirpation des oberen Halsganglions, das der einzige Durchgangspunkt ist für die sympathischen Fasern des Auges und des periokularen Gewebes, die Äste des Trigeminus ausgenommen, die mit diesen zusammen direkt dem Hirn entspringen. Die Abtragung des oberen Halsganglions zerstört die gefäßverengenden Fasern des Auges, woher die Erweiterung der Arterien, das Sinken des Blutdrucks und die Verringerung der Extravasation; die Zerstörung der excito-sekretorischen Fasern, woher die Verringerung des Humor aqueus; die Zerstörung der iriserregenden Fasern, woher das energische Zusammenziehen der Pupille, Entlastung des Iriswinkels und der Abflusskanäle und das leichte Entleeren des Humor aqueus außerhalb des Augapfels. Endlich veranlasst die Zerstörung der Fasern, die für den glatten peribulbären Muskelapparat bestimmt sind, die Relaxation dieser Muskeln, die Dekompression der emissären Venen und die Wiederherstellung der venösen Cirkulation des Auges. Dies wahrscheinlich der Modus, wie der gereizte Sympathicus die glaukomatösen Phänomene veranlasst und der Mechanismus ihres Verschwindes nach der Resektion des oberen Halsganglions. Was den Ausgangspunkt der Nervenstörung betrifft, die die glaukomatösen Phänomene hervorruft, so will es mir scheinen, dass er central sei; er kann im Hirn oder in medullären Centren residiren, wo die okularen Fasern des Sympathicus herstammen — Fasern, die, bevor sie ihren Bestimmungsort erreichen, das obere Halsganglion passiren. Die Entfernung des oberen Halsganglions hebt nicht den Ausgangspunkt dieser Störungen auf, sondern sie zerstört die Vermittlungswege von diesen Centren zum Augapfel.

Wir kommen zu den postoperativen Phänomenen, die einen vorübergehend, die anderen bleibend. Zu den ersteren gehören die Kongestion und die Wärme des Gesichts auf der operirten Seite,

[8] Dieses Centralblatt 1896. No. 24.

Thränen, starke Nasensekretion, Schweiß- und Speichelsekretion, Alles vermehrt auf der operirten Seite, schließlich eine leichte conjunctivale Kongestion. Die dauernden Phänomene, die immer erscheinen, unabhängig vom Leiden, das die Operation veranlasst hat, sind: Verengerung der Pupille und eine Parese derselben, das Herabsinken des oberen Augenlids, das Zurücksinken des Augapfels in die Orbitalhöhle — alles Muskelphänomene, die der Lähmung des M. dilatat. pupillae zu verdanken sind, der glatten Muskelfasern des oberen Lids und der glatten Muskelfasern, die in der Tenon'schen Kapsel enthalten sind.

Was die entfernten Folgen der Operation anbetrifft, so sind sie gleich Null; ich habe nicht die geringste trophische Störung beobachtet. Die Operation hat keinen Einfluss auf den allgemeinen oder seelischen Zustand, es sei denn die deutliche heilende Besserung des nervösen Befindens beim Morbus Basedowi und des psychischen Befindens bei den Epileptikern.

Der therapeutische Werth dieser Operation sei im Folgenden geschildert. Bei Morbus Basedowi sind von 10 Operirten 6 geheilt und 4 bedeutend gebessert. Die Heilungen datiren seit 26, 25, 15, 15$^1/_2$, 7$^1/_2$ und 4 Monaten; in all diesen Fällen haben wir es mit dem wahren, primären Morbus Basedowi zu thun gehabt; in 1 Falle war zu diesem Leiden noch ein beiderseitiges Glaucoma hinzu getreten. Die erste nach der Operation beobachtete Erscheinung ist das sofortige Schwinden des Exophthalmus, deutliches Wohlbefinden, Schwinden der Nervosität, des Hitzegefühls etc.; nachher schwinden das Zittern, die Tachykardie, die Pulsation der Karotiden und des Kropfes, wenn vorhanden; der Puls sinkt von 140 auf 70—80, und wenn er auch anfänglich öfters beschleunigt ist, so kehrt er nach einer zaudernden Periode zur normalen Zahl zurück. Endlich verschwindet langsam der Kropf, erst die Expansion, das Geräusch und das Pulsiren, dann wird auch die Drüse kleiner, um nach einiger Zeit — Monate oder gar ein volles Jahr — den normalen Umfang anzunehmen; — es ist eine skleröse Transformation; denn die Lappen werden hart, wenn sie noch wahrzunehmen sind. Von diesen 6 Geheilten ist bei 2 die ausgedehnte Resektion der oberen 2 Ganglien gemacht, bei den anderen 4 war die Resektion eine totale.

Ein wahrer Morbus Basedowi, bei dem eine einseitige Resektion gemacht worden ist, ist seit 4 Monaten bedeutend gebessert, aber nicht geheilt, da auf der nicht operirten Seite der Exophthalmus weiter besteht, und der Kropf, verringert auf der operirten, auf der anderen Seite beinahe stationär geblieben.

In den übrigen 3 Fällen, die bedeutend gebessert, aber nicht geheilt wurden, hatten wir es mit sekundärem Morbus Basedowi zu thun; denn der Kropf erschien viel früher als all die anderen Symptome. Bei allen sind wesentlich modificirt der nervöse Zustand und die Tachykardie, 5$^1/_2$, 5 und 4$^1/_2$ Monat dauernd, während der Kropf bis jetzt die alte Größe behielt.

Aus all diesem ist zu folgern, dass die Resektion des Sympathicus namentlich bei den primären Formen des Morbus Basedowi anzuwenden ist, also gerade in jenen Fällen, wo die Kropfoperation tödtet oder beinahe unwirksam bleibt. Umgekehrt sind die Erfolge beim sekundären Morbus Basedowi weniger zufriedenstellend; die angeschlossene Kropfoperation könnte die Heilung vervollständigen. Wie aus der Statistik Josef Sorgo's hervorgeht, sind diese letzteren gerade die günstigsten für die Kropfoperation.

Erwähnen will ich noch, dass wir, um den realen Werth der Sympathicusresektion beurtheilen zu können, Geduld haben müssen. Man muss abwarten, es muss nach der Operation eine verhältnismäßig längere Zeit verstreichen; die krankhaften Erscheinungen schwinden nur langsam, und Fälle, die lange Zeit zweifelhaft schienen, sind nach mehreren Monaten als geheilt erkannt worden.

Bei Epilepsie sind von 45 Operirten — darunter 1 Epileptiker mit Morbus Basedowi — 42 der totalen beiderseitigen Resektion unterzogen worden, 1 der totalen Resektion auf der einen und der Exstirpation der beiden oberen Halsganglien auf der anderen Seite, 7 der einseitigen Totalresektion und 1 der beiderseitigen Exstirpation der beiden oberen Halsganglien. 6 starben nach kürzerer oder längerer Zeit, sei es im epileptischen Anfalle, sei es in Folge einer unterlaufenden Krankheit. Von den übrig bleibenden 39 sind die Einen zu frisch, um von ihnen sprechen zu können, während die Anderen nicht weiter beobachtet werden konnten. Es bleiben also 19 Operirte mit längerer Beobachtungsdauer: 10 sind geheilt; sie hatten keinen Anfall seit 2 Jahren (5 Fälle), seit 19 Monaten (1 Fall), seit 18—15 Monaten (3 Fälle) und seit 6 Monaten (1 Fall). 6 Operirte sind bedeutend gebessert, 2 sind nicht gebessert. Folglich sind 55% geheilt, 28% gebessert und 15% ohne Erfolg.

Von den Geheilten will ich eine Epileptikerin erwähnen, die gleichzeitig an Chorea gelitten und nun seit 2 Jahren keinen Anfall gehabt.

Aus meiner Praxis ist zu folgern, dass die Operation in allen Fällen versucht werden soll; bei veralteten Epileptikern, die an Manie und an epileptischer Demenz leiden, kann die Operation keine sicheren Resultate liefern, was aus den tiefen Veränderungen der Hirnschale zu erklären ist, die ja von keiner Operation gebessert werden können. Bei frischer Epilepsie, mit oder ohne Manie, kann die Operation im Gegentheil glänzende Resultate liefern, sowohl vom Standpunkt der Anfälle wie auch der tiefen Veränderungen der cerebralen Vorgänge, die sich bedeutend bessern. Schließlich will ich noch hinzufügen, dass eine wissenschaftliche Kenntnis der Ursachen und der Formen der Epilepsie uns präcisere Indikationen liefern könnte über diejenigen Fälle, die von der Resektion Gutes zu erhoffen haben, die reflexen gastro-intestinalen Epilepsien, wo die Suppression des Sympathicusstrangs den Weg des Reflexes unterbrechen kann, und die anämischen oder toxischen Epilepsien, wo die Resektion des Sympathicus durch

die von ihr hervorgerufene Hirnkongestion die Ernährung der Nervenzellen modificiren kann und sie von den sie umringenden toxischen Produkten zu befreien im Stande ist.

Im Glaukom hat mir die Operation in manchen Fällen ausgezeichnete Resultate geliefert. Ich habe 8 Kranke operirt, 1 hatte gleichzeitig Morbus Basedowi und Glaukom; diesem habe ich beiderseitig die totale Resektion gemacht, den anderen habe ich das obere Ganglion entfernt, in 4 Fällen auf beiden Seiten, bei den anderen 3 nur auf der einen Seite. Was die Formen des Glaukoms betrifft, so hatte ich ein Glaucoma acutum, ein Glaucoma chronicum irritativum, 3 Fälle mit absolutem Glauc. chron. irrit. und 3 mit einfachem Glauc. chron.

Die erhaltenen Resultate können folgendermaßen wiedergegeben werden: 1) Verringerung des okularen Tonus, namentlich in 4 Fällen; 2) energische Zusammenziehung der Pupille und der der früheren Iridektomie zu verdankenden Kontinuitätstrennung der Iris; 3) Verschwinden der periorbitalen Schmerzen und der etwa vorhandenen Kopfschmerzen; 4) Verschwinden der Anfälle im Glaucoma irritativum; 5) deutliche und dauernde Besserung des Sehens nebst Vergrößerung des Gesichtsfeldes in denjenigen Fällen, wo die Sehschärfe erhalten war und so bewies, dass die Atrophie der Papille nicht absolut war. Diese Besserung fehlte in 2 Fällen von Glaucoma chronicum irritativum, in 1 Falle von Glauc. chron. simpl. und in 1 Falle von Glauc. acut. Die Besserung war bedeutend in 1 Falle von Glauc. chronic. irritat. absol. mit akuten Exacerbationen. Überraschend war die Besserung namentlich durch ihre Rapidität und durch die graduelle Zunahme in 2 Fällen von Glauc. chron. simpl. und in 1 Falle von Glauc. chronic. irritat. Diesen 3 Kranken war vorher die doppelte Iridektomie gemacht worden, allein ohne sichtbaren Erfolg. Im 1. Falle hatten wir es mit einem, einem Morbus Basedowi aufgedrückten Glaukom zu thun; die Sehschärfe war äußerst schwach, kaum dass Pat. noch große Plakatbuchstaben erkannte, während er die Finger nur auf 40 cm Entfernung bemerken konnte. Heute, 10 Monate post operat., ist sein allgemeiner Zustand vorzüglich, das Sehen ist bedeutend gebessert, so dass er 8 cm große Buchstaben auf eine Entfernung von 1 m mit dem linken Auge, dessen er sich vor der Operation gar nicht bedienen konnte, lesen kann; mit dem rechten Auge liest er auf eine Entfernung von $1^1/_2$ m.

Der 2. Fall betrifft eine Frau, deren linkes Auge total verloren war, während sie mit dem rechten Auge die Finger auf 15 cm Entfernung noch unterscheiden konnte. Die Resektion des rechten Halsganglions hat es zu Stande gebracht, dass sie heute, 9 Monate post operat., die Finger auf eine Entfernung von 2,75 m sehen kann. Und endlich der 3. Fall: es handelt sich um einen Kranken aus Hatzfeld (Österreich), an einem Glauc. chron. irritat. leidend, mit so starken Kopf- und periorbitalen Schmerzen, dass ihm das Leben unerträglich war. Diese Schmerzen bestanden seit 10 Jahren; das Sehen

sank seit 1896, und 1897 hatte Pat. sich in Wien der Doppeliridektomie unterzogen, allein ohne Erfolg; denn die Schmerzen blieben dieselben, und das Sehen verringerte sich in einem fort. Im November 1897 habe ich an ihm die beiderseitige Resektion der oberen Halsganglien vollzogen. Gleich darauf verschwand der Schmerz, ohne eine Spur zu hinterlassen, und das Sehen ist so weit gebessert, dass er schreiben und alles Gedruckte und Geschriebene lesen kann. Diese Besserung, ich könnte sagen Heilung, dauert nun seit 11 Monaten, und der Kranke ist so entzückt, dass er nicht an die Dauer des glänzenden Resultats zu glauben wagt.

Hier, so wie bei den anderen Krankheiten, hat die Resektion des Sympathicus mir ausgezeichnete Resultate geliefert. Sicherlich sind nicht alle Fälle von meiner Operation zu beeinflussen, allein da ihre absolute Unschädlichkeit bewiesen ist, müssen wir dieselbe versuchen, namentlich dort, wo wir es mit einem äußerst schweren Leiden zu thun haben, wo ein gutes dauerhaftes Resultat viele erfolglose Operationen überwiegen könnte. Nur wenn die Operation dauerhafte Resultate liefern wird, wie ich sie oben mitgetheilt, werden auch die schwer Zugänglichen sich von deren Nützlichkeit überzeugen lassen. Prof. Panas, der, indem er über meine Mittheilung an die Pariser Académie de médecine berichtete, sich Betreffs der Indikationen dieses Verfahrens in der Behandlung des Glaukoms zurückhaltend aussprach, wird, so hoffe ich, aus dieser Reserve hervortreten an dem Tage, wo zahlreiche Beobachtungen beweisen werden, dass diese Behandlung nützlich und dauerhaft zugleich sein kann.

---

1) **Le Dentu** et **Delbet**. Traité de chirurgie clinique et opératoire. T. VII.

Paris, **Baillière et Fils**, 1899. 844 S. 115 Fig.

In dem vorstehenden Band behandeln Binaud u. Braquehaye die Krankheiten der Brustdrüse, Guinard die des Bauchfells, der Bauchwandungen und des Magen-Darmkanals mit Ausnahme der Hernien und der Mastdarmkrankheiten, Laboulaye die Hernien, sie alle mit auf eigener Erfahrung und umfassenden litterarischen Studien basirender Sicherheit und in jener klaren, praktischen Weise, die wir bei den Franzosen gewohnt sind. Damit nähert sich auch dieses Werk seinem Ende, und wir können dann unsere Kollegen wegen des Besitzes zweier guter Handbücher beglückwünschen, die das gesammte Gebiet der Chirurgie einschließlich der Augen- und Ohrenheilkunde und der Gynäkologie umfassen und — innerhalb weniger Jahre vollendet — den modernsten Stand des Wissens getreu wiedergeben. Sehr rühmend ist dabei auch anzuerkennen, dass die Autoren weit mehr, als ihre Landsleute vor 30 Jahren, bemüht sind, den Anschauungen der Ärzte der verschiedensten Länder gerecht zu werden und zu zeigen, dass die medicinische Wissenschaft politische Grenzen nicht kennt.

Richter (Breslau).

2) G. Lotheissen. Über die Narkose mit Äthylchlorid.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVII. Hft. 4.)

L. giebt einen Bericht über 170 Narkosen, welche mittels Äthylchlorids, und zwar der Marke »Kelen« der Firma Gilliard, Monnet & Cartier eingeleitet wurden. Für die Technik empfiehlt Verf. den Breuer'schen Korb mit einem Inspirations- und einem Exspirationsventil und einer Hohlkugel zur Aufnahme des Narkoticums. (Siehe die Zeichnung im Original.) Die Vorbereitungen sind die bei anderen Narkoticis üblichen. 3—5 g Äthylchlorid reichen zu einer Narkose von 3—4 Minuten. Soll dieselbe länger dauern, so muss man vor Ablauf dieser Frist neu aufgießen. Die Narkose tritt nach 1—1½ Minute ein ohne Excitation. Das Erwachen erfolgt ebenfalls rasch, nicht so sehr dagegen die Rückkehr des Bewusstseins. Erbrechen wurde einige Male danach beobachtet. Verf. erlebte keine üblen Zufälle, weiß aber von einigen Todesfällen sowohl aus der Litteratur wie aus brieflichen Mittheilungen Anderer zu berichten. Am Schluss sind die Operationen benannt, bei denen Gebrauch von der Äthylchloridnarkose gemacht wurde, und Bemerkungen über das Verhalten des Pulses, der Nieren etc. angefügt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

3) L. Sternberg. Über Anesonanästhesie.

(Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1898. No. 39.)

Verf. empfiehlt auf Grund der von Rubinstein an allerdings nur 14 Fällen bei Eingriffen aus der kleinen Chirurgie (Incisionen, Auskratzungen, Punktionen etc.) gemachten Erfahrungen das »Aneson« (wässrige Lösung von Aceton-Chloroform) als Lokalanästheticum. Er rühmt demselben Ungefährlichkeit und Fehlen lokaler Reizwirkung nach und hält es für rascher wirkend als das Cocain. Die Injektionsstelle soll mit Chloräthyl unempfindlich gemacht werden.

Was den Grad der erreichten Anästhesie betrifft, so giebt Verf. selbst zu, dass dieselbe nicht immer vollständig war. Es finden sich im Gegentheil auf 14 Fälle 4, in denen die Schmerzempfindung nur unvollkommen aufgehoben war. In einem Falle bewirkte sogar die zum Zweck einer Punktion des Kniegelenks ausgeführte Anesoninjektion große Schmerzen (wahrscheinlich größere, als sie ein so einfacher Eingriff wie das Einstechen der Punktionsnadel verursacht hätte! Ref.).

Es braucht also noch zahlreicherer Beobachtungen als der Rubinstein'schen, um über die Bedeutung des Anesons ein Urtheil fällen zu können.

Befremdend mag es, nebenbei gesagt, erscheinen, dass die Ausführung größerer Operationen unter Lokalanästhesie immer noch so ganz als Errungenschaft der allerneuesten Zeit aufgefasst wird. In der Kocher'schen und anderen Kliniken wurden Strumektomien, Radikaloperationen von Hernien, so wie andere größere Eingriffe

*

schon vor 6 Jahren häufig unter Reclus'scher Cocainanästhesie ausgeführt. (D. Ref.) de Quervain (Chaux-de-Fonds).

4) J. Custer. Cocain und Infiltrationsanästhesie.
Basel, Benno Schwabe, 1898. 79 S.

Die von einem praktischen Arzt für den praktischen Arzt geschriebene, lesenswerthe Monographie über die Cocainanästhesie und im Besonderen über die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie verdient, Dank den ihr zu Grunde liegenden sorgfältig ausgeführten Experimenten, auch das Interesse chirurgischer Kreise.

Die Experimente C.'s betreffen die Bestimmung des Vergiftungs- und des Todeskoefficienten der verschieden starken Cocainlösungen für das Kaninchen und bestätigen die klinisch schon länger festgestellte Thatsache, dass die gleiche Menge des Alkaloids in stärkerer Koncentration viel giftiger wirkt als in schwächerer Lösung. So fand sich das Cocain in 0,2%iger Lösung — bei gleicher Cocainmenge — 5mal weniger giftig als in 5%iger Lösung.

Bezüglich der Technik befolgt Verf. die von Schleich angegebene, lässt aber, wohl mit Recht, das Morphium aus den Lösungen weg, um bei starkem Nachschmerz eventuell eine besondere Morphiuminjektion zu verabreichen. Was die Maximaldosis betrifft, so glaubt Verf. sie, gestützt auf seine Thierversuche und die am Menschen gemachten Erfahrungen, für die Schleich'sche Lösung I (0,2% Cocain) auf 0,25—0,3 g festsetzen zu können.

Anhangsweise bespricht er die Verwendung des mehrfach empfohlenen Tropacocains. Er stellte experimentell fest, dass die anästhesirende Kraft desselben bei der Infiltration derjenigen des Cocains ebenbürtig, dass es aber, für das Kaninchen wenigstens, fast 3mal weniger giftig ist, so dass es als Ersatz des Cocains empfohlen werden muss. Zu bequemer Herstellung der Lösungen lässt C. sich Tabletten von 0,1 bezw. 0,2 g Tropacocain Merck mit der entsprechenden Menge Chlornatrium herstellen.

Die Anästhesirung der Einstichstelle durch Äthylchlorid oder den Braatz'schen Apparat, für den er eine Modifikation vorschlägt, empfiehlt Verf. nur für ängstliche Pat.

Von Eingriffen aus der großen Chirurgie, die Verf. unter Schleich'scher Anästhesie ausführte, seien eine Amputatio antibrachii und einige plastische Scheidenoperationen erwähnt.

Mit besonderem Nachdruck betont er die Wichtigkeit der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie für die Behandlung entzündlicher Processe. Hier können wir freilich nicht umhin, zu bemerken, dass denn doch für die einfache Spaltung von Abscessen die Lokalanästhesie mit Äthylchlorid oder Ätherspray eben so zuverlässig und unvergleichlich viel einfacher ist, als die Infiltration des ganzen den Abscess umgebenden Gewebebezirks.

Wenn Verf. sich dahin ausspricht, dass das Cocain seinen Ruf vor Schleich gründlich eingebüßt habe, und die Wiedergewinnung

des guten Rufs als lokales Anästheticum ausschließlich der Infiltrationsanästhesie Schleich's zuschreibt, so dürfte dies etwas zu weit gegangen sein; denn die Reclus'sche Lokalanästhesie mit 1%iger Lösung erlaubte auch vor Schleich ohne Überschreitung der Dosis von 0,05 g eine Anzahl von Operationen der größeren Chirurgie unter Vermeidung der allgemeinen Narkose auszuführen —, nicht zu sprechen von den alltäglichen Eingriffen der kleinen Chirurgie.

In der Verurtheilung der allgemeinen Narkose geht Verf. mit Recht nicht so weit wie Schleich und einzelne seiner Anhänger.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

5) **Polaillon.** Affections chirurgicales du tronc.

Paris, **C. Doin,** 1898. II. Theil. 288 S.

Für das Allgemeine kann auf das Ref. des 1. Theils (dies. Centralbl. 1896 p. 701) verwiesen werden. Im vorliegenden Abschnitt werden die Erkrankungen bezw. Verletzungen der Mastdarm- und Dammgegend, des uropoetischen Apparats, so wie des männlichen Genitalsystems abgehandelt. Die Statistik umfasst den Zeitraum von 1879 bis 1897 bezw. 1898. Die ausführlichste Besprechung wird den Analfisteln, Mastdarmcarcinomen und Strikturen, den Nierengeschwülsten, Hodenaffektionen und schließlich der Urinretention und ihren Folgen zu theil. Die Kapitel bringen dem Praktiker manche nützliche Beobachtung, wennschon manche zur Zeit im Vordergrund des Interesses stehende Fragen, z. B. die Kastration bezw. Durchschneidung der Vasa deferentia wegen Prostatahypertrophie, nicht erwähnt werden. Bei der Entstehung der Mastdarmstenosen wird der Gonorrhoe nicht gedacht. Als seltenere Beobachtungen seien hervorgehoben ein Fall von großem Myom der Blase, von doppelseitigem Hodencarcinom, von Urinfistel nach Blasensteinen.

Christel (Metz).

---

6) **E. Chevalier.** Chirurgie des vois urinaires.

Paris, **J. B. Baillière & Fils,** 1899. 336 S.

Das vorliegende, mit einer größeren Reihe von Abbildungen versehene kleine Werk, das auf wenig mehr als 300 kleinen Druckseiten eine chirurgische Therapie der Harnorgane enthält, wird durch eine kurze Empfehlung von Guyon eingeführt, zu dessen Schülern und Assistenten Verf. gehört. Es ist desshalb selbstverständlich, dass die in dem Buche niedergelegten therapeutischen Anschauungen in der Hauptsache diejenigen der Guyon'schen Schule sind; ein Umstand, der das Werk schon an und für sich empfiehlt.

Das Buch zerfällt in 4 Hauptabschnitte: Harnröhre und Prostata, Blase, Harnleiter, Nieren. Die letzteren sind verhältnismäßig am kürzesten weggekommen.

P. Wagner (Leipzig).

---

7) **Ingianni.** Sulla riproduzione dell' uretra maschile e sulla formazione di un' uretra artificiale.

(Gazz. degli ospedali et delle clin. 1898. No. 127.)

Verf. hat an 22 Hunden experimentirt, die er am 4. bis 134. Tage nach der Operation tödtete. Er entfernte ein Stück der Harnröhre am Damm, das zuweilen nur eine Wand, zuweilen alle Wände einschloss, bis zu 16 cm Länge. Dann wurde ein Verweilkatheter eingelegt. Auch ging Verf. so vor, dass er einen Theil der perinealen Harnröhre von den Corpora cavernosa frei präparirte und an einen mit einem langen Trokar durch das subkutane Gewebe der Bauchgegend gebohrten langen Gang, der am Nabel auslief, festlegte, indem er durch Harnröhre und Gang einen Katheter legte, Nach 15 bis 75 bis 117 Tagen wurde die anatomische Untersuchung vorgenommen. Er schließt:

1) Man kann im Wege des Experiments ein mehr oder weniger langes Stück der Harnröhre reproduciren.

2) Sowohl die Schleimhaut wie das kavernöse Gewebe werden ersetzt. Von der Muscularis ist ein Ersatz nicht nachweisbar.

3) Der Ersatz geht von den Stümpfen der Harnröhre aus, die um den Katheter ein Granulationsgewebe bilden.

4) Die Reproduktion der Harnröhrengewebe ist eine um so schnellere und vollständigere, je geringer die Entzündung ist, welche der Abtragung folgt.

5) Nach 15 bis 30 Tagen hat der neue Kanal seine größte Weite erreicht und schrumpft dann in Folge der Narbenretraktion etwas. Eine vollkommene Obliteration bildet aber die Ausnahme.

6) Man kann einen vollkommen neuen Urethralkanal bilden, der nach Struktur und Funktion den alten ersetzt.

7) Schleimhaut und kavernöses Gewebe bilden die neuen Kanäle, in denen Muskeln fehlen.

Dreyer (Köln).

---

8) **M. Schlifka.** Über Urethrotomia interna.

(Wiener med. Presse 1898. No. 46.)

Auf Grund der Ergebnisse der in der Frisch'schen Abtheilung ausgeführten Operationen empfieht S. bei Verengerungen der Harnröhre die Urethrotomia interna. Zur Vermeidung von Harninfiltration wird die Incision der Striktur an ihrer oberen Wand ausgeführt. Für die nächsten Tage wird ein Verweilkatheter eingeführt, der die Harnröhre nie ganz ausfüllen darf, um eine jede Reizung des Callus zu verhüten. Von höchster Wichtigkeit für ein dauernd gutes Resultat ist die Fortsetzung der Behandlung der Striktur mittels Dilatation mit Metallsonden, so weit es das Orificium ext. zulässt. Die Operation beansprucht im Durchschnitt nur 2—3 Tage Bettruhe; Komplikationen hat S. in keinem Falle gesehen.

P. Wagner (Leipzig).



9) **F. L. Genouville** et **O. Pasteau.** Des rapports de la tension artérielle et de la contractilité vésicale chez les prostatiques.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1898. No. 9.)

Guyon hat seit langer Zeit auf das häufige Vorkommen von Arteriosklerose bei den Prostatikern hingewiesen; dabei konnte er aber beobachten, dass die betreffenden Kranken zum Theil einen harten, nicht unterdrückbaren Puls zeigten, zum anderen Theil aber einen weniger harten Puls aufwiesen, der leicht unterdrückt werden konnte. Zur Erklärung dieser Pulsdifferenzen haben die Verff. Untersuchungen derart angestellt, dass sie bei einer Reihe von Kranken die arterielle Spannung und die Kontraktionsfähigkeit der Blase feststellten und durch Vergleichung beider Untersuchungsreihen zu ermitteln suchten, ob eine Beziehung zwischen Pulsspannung und Blasenkontraktilität besteht.

Diese Untersuchungen, deren technische Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, ergaben nun in der That sichere Beziehungen zwischen Pulsspannung und Blasenkontraktilität. Bei normaler Kontraktionsfähigkeit der Blase ist die arterielle Spannung erhöht; bei fehlender oder sehr geringer Blasenkontraktilität ist sie erheblich herabgesetzt. Bei mittlerer Kontraktionsfähigkeit der Blase steht die arterielle Spannung zwischen den beiden Extremen.

Eine physiologische Erklärung dieser Thatsachen ist sehr schwierig. Wahrscheinlich beruhen die Kontraktionsfähigkeit der Blasenmuskelschichten und der Tonus der Muskelwandungen der Arterien auf einer allgemeinen »Hyposystolie« des glatten Muskelsystems.

P. Wagner (Leipzig).

---

10) **J. Albarran** und **N. Hallé.** Hypertrophie et néoplasies épithéliales de la prostate.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1898. No. 8.)

Die Verff. haben in 86 Fällen von Prostatahypertrophie die vergrößerte Drüse histologisch genau untersucht und sind dabei zu folgenden Ergebnissen gekommen: Die primären, wesentlichen Veränderungen der senilen Prostatahypertrophie bestehen in einer Hypertrophie, Dilatation und Proliferation der Drüsensubstanz. Die Veränderungen des fibro-muskulären Stroma sind nebensächlicher Natur und sekundär, meistens nur partiell und knotenförmig. Nur in einzelnen Fällen überwiegen diese Veränderungen des Stroma und können zu einem vollkommenen Verschwinden der Drüsensubstanz führen. Meist bewahrt die Hypertrophie der Drüsensubstanz lange Zeit, bis zum Tode des betreffenden Individuums, den Charakter einer großartigen adenomatösen Wucherung. In einzelnen Fällen findet eine unmerkliche und zunächst vollkommen latente Umwandlung in eine bösartige epitheliale Neubildung statt, die schließlich alle Zeichen des ausgesprochenen Carcinoms darbietet. **P. Wagner** (Leipzig).

---

11) **S. M. Cone.** A case of carcinoma metastases in bone from a primary tumor of the prostate.

(Bull. of the Johns Hopkins Hospital 1898. Mai.)

Anschließend an einen beobachteten Fall bespricht Verf. die Litteratur der vom Krebs der Prostata ausgehenden Metastasen im Knochen und kommt zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

1) Das Auftreten von carcinomartigen Geschwülsten im Knochen ohne nachweisbaren Primärherd lässt die Prostata oder die Schilddrüse als Ausgangsort verdächtig erscheinen.

2) Endotheliome und Carcinome sind schwer von einander zu unterscheiden.

3) Statische oder traumatische Einflüsse sind oft bei dem Auftreten der Metastasen nachweisbar.

4) Die Neubildung von Knochengewebe und die Lokalisation der Metastasen sind bezeichnend für Carcinome der Prostata.

5) Die Verbreitung der Metastasen findet durch die Venen statt.

6) Die Organe sind selten der Sitz von Metastasen.

7) Die Lymphdrüsen des Beckens sind häufig nicht ergriffen.

8) Kleine Primärherde bilden häufig außerordentlich große Metastasen.

9) Es findet eine ausgiebige Neubildung von Knochengewebe in den Metastasen statt (osteoplastische Carcinose).

Strauch (Braunschweig).

12) **E. J. Karlowitsch.** Über den Einfluss der Kastration auf die Prostata.

(Preisgekrönte Arbeit. Warschau 1898. [Russisch.])

Bei der Kastration (Hundeversuche) verkleinert sich die Prostata in Folge Cirkulationsveränderungen, die durch hyaline Degeneration der Gefäße hervorgerufen wird; die Drüsenelemente schwinden und werden durch Bindegewebe ersetzt. Die hypertrophische Prostata verkleinert sich auch. Dieselben Resultate giebt beiderseitige Unterbindung resp. Resektion des Vas deferens.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

13) **Albarran, Hallé, Legrain.** Desinfections vésicales.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. November.)

Die 3 Autoren theilen in einem Selbstbericht über ihren vor der frz. Gesellschaft für Urologie gehaltenen Vortrag die ätiologisch in Betracht kommenden Mikroben ein in die häufig, selten und ausnahmsweise vorkommenden und erhalten folgende Gruppen:

I. Bacterium coli, unter 304 Fällen 131mal gefunden. Staphylococcus pyogenes, unter 304 Fällen 70mal. Proteus Hauser. Streptococcus pyogenes. Gonococcus Neisser.

II. Typhusbacillus. Diplococcus Fränkel. Diplobacillus Friedländer.



III. Bacillus longus ureae. B. crassus. Streptobacillus Melchior u. A.

Der Tuberkelbacillus ist aus der Schilderung ausgeschlossen.

Wie alle pathogenen Mikroorganismen müssen die Erreger der Blaseninfektion folgenden 2 Anforderungen entsprechen:

1) Sie müssen bei rein vesikaler Infektion im Urin in Reinkultur vorkommen.

2) Die Injektion der Reinkultur muss die reine Form der Blaseninfektion erzeugen, besonders wenn die Empfänglichkeit durch eine der aus der menschlichen Pathologie bekannten Hilfsursachen gesteigert ist.

Im weiteren werden die Invasionswege und der Invasionsmodus besprochen, von der direkten artificiellen Einbringung der Keime bis zu den indirekten, auf dem Wege der Cirkulation erfolgenden (embolischen); schließlich die weiteren Vorgänge auf der Blasenschleimhaut nach erfolgter Infektion und die Therapie.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

14) L. Picqué. Du traitement de l'infection vésicale par la taille hypogastrique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1898. No. 8.)

Verf. hat die Sectio alta nicht nur bei Blasensteinen, schmerzhafter Cystitis und Fremdkörpern ausgeführt, sondern mehrere Male auch bei schweren Infektionen der Blase. Handelt es sich um reine Retentionen ohne Infektion, so ist die Punktion angezeigt; sind aber außerdem noch schwere Infektionszustände vorhanden, so muss man die gefüllte Blase wie einen Abscess behandeln und incidiren. Verf. theilt einen solchen Fall mit. Dem betreffenden Kranken war vor 3 oder 4 Jahren wegen undurchgängiger Striktur die Urethrotomia int. gemacht worden. Da sich der Kranke nicht regelmäßig bougierte, recidivirte die Striktur, es kam zur Retention und schweren Infektionszuständen. Katheterisirung unmöglich; Sectio alta, rasche Besserung; vollständiges Verschwinden der Cystitis.

Die Ansichten über die Vornahme der Sectio alta bei schweren Blaseninfektionen gehen sehr aus einander; Bazy verwirft sie vollkommen, Tuffier hält sie nur für einen Nothbehelf im äußersten Falle. Dem gegenüber betont Verf. auf Grund seiner Erfahrungen, dass die Sectio alta bei allen denjenigen infektiösen Blasenzuständen indicirt ist, bei denen bereits Harnleiter und Nierenbecken mit ergriffen sind, eine unheilbare Schädigung des Nierenparenchyms aber noch nicht vorliegt. Die Blasenincision verhindert das weitere Vorschreiten der Infektion und kann somit lebensrettend wirken. Die Ausführung der Sectio alta geschieht nach den Vorschriften von Guyon und Hallé. Die Wunde bleibt offen, die eingelegten Drains müssen genügend weit sein, die Blase wird täglich 2mal mit 1%igen Chloralhydratlösungen (?) ausgespült. **P. Wagner** (Leipzig).

15) Young. Hydraulic pressure in genito-urinary practics, especially in contracture of the bladder.

(Bull. of the Johns Hopkins Hospital 1898. Mai.)

Seit dem Jahre 1898 werden im Johns Hopkins Hospital alle Fälle von Cystitis durch Blasenspülungen ohne Anwendung des Katheters behandelt. Die Technik ist sehr einfach. In die Mündung der Harnröhre wird eine konische Glasspitze, die durch einen 8 Fuß langen Schlauch mit einem Irrigator in Verbindung steht, eingeführt. Bei einer Erhebung des Irrigators um 3 bis 4 Fuß wird zunächst die Harnröhre ausgespült. Wird dann der Irrigator bis auf 7 Fuß erhoben, so wird bald der Sphinkter überwunden, und die Lösung strömt in die Blase ein. Um zu starken Druck zu vermeiden, wird jetzt der Irrigator wieder anf $4^1/_2$ bis 5 Fuß gesenkt. Man lässt so viel einlaufen, als der Kranke mit Mühe ertragen kann. Als Lösungen werden Thompson'sche Flüssigkeit (bestehend aus Borax, Glycerin, Soda und Wasser), 2%ige Borsäurelösung, Sublimatlösung von 1 zu 150000 bis 1 zu 50000, oder Höllensteinlösung benutzt.

Mit jedem Male gelingt es eine größere Menge einlaufen zu lassen und die Blase dadurch zu dehnen. Die Falten und Taschen der Schleimhaut werden geglättet, Geschwüre werden gedehnt und angefrischt, der Blasenmuskel wird geübt.

Um zu entscheiden, ob bei starkem Druck ein Eintritt der Flüssigkeit in die Harnleiter stattfindet, ließ Verf. bei Zeiten auch an Hunden Methylenblaulösung unter sehr hohem Druck in die Blase einlaufen. In jedem Falle blieb die Färbung auf die Blase beschränkt. Die Erfolge, die mit dieser Methode der Blasenspülung erzielt wurden, waren vorzügliche. Besonders auffallend war das schnelle Auftreten der Besserung.

Strauch (Braunschweig).

---

16) P. Nougès. De l'emploi du sérum gélatineux dans les hématuries vésicales d'origine néoplastique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1898. No. 8.)

Die einzig richtige Behandlung der Blasenblutungen in Folge von Neubildungen ist die operative Entfernung der Geschwulst. In manchen Fällen aber ist die Geschwulst an und für sich inoperabel, oder aber die Kranken sind schon so herunter gekommen, dass an einen operativen Eingriff zunächst nicht gedacht werden kann. Es muss dann vorläufig auf andere Weise versucht werden, der Blutungen Herr zu werden. Vor allen Dingen muss die Blase von den Blutgerinnseln befreit werden, da eine Anhäufung derselben im Blaseninnern die Fortdauer der Blutung außerordentlich begünstigt. Denn die Gerinnsel führen schließlich zu einer kompleten Urinretention und dadurch zu einer vermehrten Kongestion des Organs. Die Entfernung der Gerinnsel geschieht entweder durch großkalibrige Katheter oder durch Incision der Blase und permanente Drainage. In letzterem Falle kommt es aber leicht zu einer Wucherung der Neubildung aus der Incisionsstelle.

Innere Hämostatica, so wie direkt in die Blase eingeführte vasokonstriktorische Mittel sind gegen solche gewaltige Blasenblutungen wirkungslos; dasselbe gilt vom Eisenchlorid in schwächeren Lösungen, während es in stärkerer Koncentration leicht zu tiefer gehenden Verschorfungen führt.

Am besten bedient man sich unter diesen Umständen der coagulirenden Wirkung der Gelatine, die von Dastre und Floresco gefunden und von Carnot eingehender studirt worden ist. Eine 5%ige Lösung von Gelatine in physiologischer 0,7%iger NaCl-Lösung wird zunächst im Wasserbad gründlich sterilisirt. Nach vollständiger Entleerung der Blase und sorgfältiger Reinigung derselben durch Borwasser werden zunächst kleine Quantitäten des Serums durch einen Katheter injicirt und allmählich wieder entfernt. Schließlich wird so viel Gelatinelösung injicirt, dass die Blase ohne besondere Dehnung gefüllt ist. Dann wird der Katheter entfernt und die injicirte Serummenge in der Blase zurückgelassen. Ganz sicher ist der Erfolg dieser Maßnahmen nicht, wie sich auch aus den vom Verf. mitgetheilten 4 Krankengeschichten ergiebt.

P. Wagner (Leipzig).

---

17) **O. Pasteau.** Cystoscopie et lithotritie chez la femme.

(Ann. des malad. des org. génito-urin, 1898. No. 8.)

Auf Grund einer ausführlich mitgetheilten Beobachtung — 44jährige Frau mit Divertikelstein — bespricht Verf. die großen Vorzüge, die in komplicirten Fällen von Blasensteinen die Cystoskopie gewährt. In gewöhnlichen Fällen genügt der Katheter, resp. die Steinsonde zum Nachweis der Konkremente; ist aber der Stein sehr klein, ist die Blase unregelmäßig gestaltet, hat sie abnorme Ausbuchtungen, und sitzt in einer derselben das Konkrement, so ist die Cystoskopie zum sicheren Nachweis des Vorhandenseins und des Sitzes des Konkrements dringend indicirt. Verf. empfiehlt die Benutzung des Albarran'schen Cystoskops; dieses ist so dünn und schlank konstruirt, dass bei Frauen durch die erweiterte Harnröhre gleichzeitig auch noch der Lithotriptor eingeführt und die Zertrümmerung unter Leitung des Auges geschehen kann, nachdem man ev. vorher mit einem Mandrin den Stein aus seiner Tasche oder aus dem Divertikel gelöst hat.

P. Wagner (Leipzig).

---

18) **Alessandri.** Il ripristinamento della funzione renale e la possibilità della ipertrofia compensatrice nella occlusione completa della vena emulgente.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1898. No. 127.)

Verf. hat in früheren Versuchen festgestellt, dass nach Unterbindung der Nierengefäße die Niere zuerst sehr starke Ernährungs- und Funktionsstörungen zeigt, allmählich sich aber erholt und nach 3 Monaten schließlich normale Funktion und Struktur angenommen

hat. Jetzt hat er bei einer Hündin die linke Vena renalis unterbunden und 3 Monate später die rechte Niere exstirpirt. Das Thier lebte 2 Monate lang und entleerte in dieser Zeit normalen Urin, starb dann aber ganz plötzlich. Bei der Autopsie fand man eine akute Nephritis am oberen Pol der Niere. Das kollaterale Venennetz war hier enorm entwickelt, während an dem normalen unteren Pol kaum eine leichte Stase vorhanden war. **Dreyer** (Köln).

---

19) **L. Sottocasa** (Bergamo). Di un nuovo processo per l'operazione di Hahn o fissazione del rene.

(Clinica chirurgica 1898. No. 6.)

S.'s Verfahren besteht aus folgenden Akten:

1) Simon'scher Längsschnitt oder Rose'scher Fensterschnitt (?), Freilegung der Niere, Spaltung der Fettkapsel, Vordrängen der Mitte des konvexen Randes.

2) Schnitt in die Niere, 2 cm lang, 1 cm tief, entlang dem freigelegten Rande (im oberen Drittel), und Bildung eines Muskellappens aus dem Quadratus lumborum von gleicher Länge und 1 cm Breite im Niveau des Nierenschnitts.

3) Einnähen des Muskellappens in die Niere mittels zweier feiner Seidennähte, ev. weitere Nähte, welche aber bloß die beiden Nierenkapseln fassen.

Verschluss mit Etagennähten. S. hat seine Versuche nur an Hunden gemacht. Am 40. Tage fanden sich bei der Autopsie die Nieren fest in der beabsichtigten Lage: das Muskelgewebe der Lappen war in zähes, weißes Bindegewebe umgewandelt, »so zu sagen inkorporirt in die Nierensubstanz, in welche sie eingekeilt waren und von welcher sie auch durch starken Zug nicht gelöst werden konnten«.

J. Sternberg (Wien).

---

20) **M. Selmi.** Di una tecnica per la nefrorrafia.

(Clinica chirurgica 1898. No. 5.)

S. hat Mazzoni's bezw. Kocher's und Senn's Vorgehen dahin verändert, dass er die entblößten Streifen der Nierenoberfläche sehr breit nimmt, jede Drehung des Organs vermeidet, und — was besonders wichtig ist — sehr exakt näht. **J. Sternberg** (Wien).

---

21) **Poppo.** Über das von Prof. Helferich in der chirurgischen Klinik zu Greifswald seit 1892 geübte Operationsverfahren bei Epispadie und Hypospadie.

Inaug.-Diss., Greifswald, **Abel**, 1898.

Nach einer eingehenden Darstellung der Morphologie der genannten Leiden und der zahlreichen gegen sie angewandten operativen Methoden folgen die Krankengeschichten von 6 nach einem von Helferich seit 1892 geübten Verfahren, für welches die Priorität



gegenüber Küster gewahrt wird, operirten Pat. Es wurden bei 2 Hypo- und 3 Epispadien, eine komplicirt mit Ektopia vesicae, befriedigende Resultate erzielt. Das Neue besteht in der sagittalen Spaltung des Penis, wobei die Gefäße und Nerven mit einem der beiden Corpora cavernosa in innigem Kontakt erhalten werden. Durch diesen Längsschnitt wird die cirkuläre Spannung aufgehoben und die Vernähung der aus der rudimentären Harnröhrenrinne gebildeten Lappen zu einem durchgängigen Rohre leicht gemacht. Die Details sind im Original[1] nachzulesen. **Roesing** (Hamburg).

---

22) **Scheib.** Die Nachbehandlung der wegen Hydrocele Operirten mit Hilfe der Hautfaltennaht.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1898. 18 S.

S. stellt die von Madelung 1888 auf der 61. Naturforscher- und Ärzteversammlung zu Köln angegebene Abänderung der von Volkmann'schen Schnittoperation bezüglich ihrer in der Straßburger Klinik von Madelung selbst in den letzten 4 Jahren erreichten Resultate in Vergleich mit den anderen bekannten Methoden, sowohl was die Nachbehandlung, als was die Heilungsdauer und die Dauerresultate betrifft. Madelung eröffnet die Hydrocelenhöhlen, schneidet »ein 2—3 cm breites, 4—5 cm langes Stück aus der Tunica vaginalis communis testis« aus; »darauf werden die Scheidenhautränder durch fortlaufende Katgutnaht mit der äußeren Haut vereinigt«. Der übrig bleibende Sack wird mit Jodoformgaze ausgestopft, und über die ganze Wunde wird »ein etwa 3 cm breiter Jodoformgazestreifen gelegt«; über diesen werden 3—4 Hautfaltennähte gelegt, so dass Tampons und Gazestreifen sicher fixirt bleiben; ein kleiner Verband von steriler Gaze und Holzzellstoffwatte schließt, durch eine T-Binde oder ein Suspensorium befestigt, die Operationswunde ab. Nach 3—4 Tagen werden die Hautfaltennähte, gewöhnlich am 6. Tage die Tampons entfernt; dann verlassen die Operirten das Bett. Ist die allmählich aus der Tiefe hervorgranulirende Wunde nur noch 4—5 mm breit, so werden die Kranken zur poliklinischen oder häuslichen Nachbehandlung entlassen. Von 52 so behandelten Kranken fieberten 6 1—3 Tage lang zwischen 38 und 39°, ohne dass die Wunden geeitert hätten. Die Dauer der Spitalbehandlung schwankte zwischen 10 und 32 Tagen. Die längere Dauer hatten einige Fälle wegen »träger Granulationsbildung«, andere waren mit Hernien komplicirt, wieder andere blieben aus häuslichen Gründen länger. Der Durchschnitt betrug 16 Tage. Dem gegenüber giebt S. die Behandlungsdauer an: bei v. Volkmann und Genzmer 11—12 Tage, bei v. Bramann 11 Tage (v. Bergmann'sche Methode), bei Englisch 15—45 Tage, bei Rochelt und Küster 14, bei Lister 17, bei Albert 21 Tage und bei Albers (Charité) 5—6 Wochen.

---

[1] cf. Kongressbericht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1896.

Die meisten dieser Zahlenreihen stammen freilich aus viel früherer Zeit, als die von S. berichteten Fälle der letzten 4 Jahre, reichen sogar an die erste antiseptische Zeit (1875 v. Volkmann und Albers) heran, sind also kaum zu vergleichen. Recidive sind nicht beobachtet worden.

Winkelmann (Barmen).

---

23) **Pascale.** Le vaginaliti croniche dell testicolo.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1898. No. 127.)

Verf. hat 50 Fälle operirt und zahlreiche histologische Untersuchungen gemacht. Außerdem hat er an Thieren mit mechanischen Reizungen, mit Überdehnungen durch indifferente Flüssigkeiten, mit Injektion von Chemikalien und Kulturen experimentirt.

Er unterscheidet eine hydropische Form mit Erhaltung des Epithels, eine hyperplastische Form mit schließlicher Degeneration des Epithels und Verdickung der Wände der kleinen Arterien, Endoarteriitis und Hyperplasirung des Bindegewebes, der elastischen Fasern und der Muskelfasern, eine vaskuläre Form mit starker Entwicklung der Kapillaren, die als eine Varietät der vorhergehenden Form angesehen werden kann, und schließlich eine degenerative Form, bei der das Epithel frühzeitig verlustig geht, und alle anderen Gewebsbestandtheile ein homogenes und fast knorpelartiges Aussehen gewinnen. Indess trifft man wahre Knorpelzellen so wenig wie eine wahre Knochenbildung, obwohl Imprägnation mit Kalksalzen eintritt.

Dreyer (Köln).

---

24) **Most.** Über maligne Hodengeschwülste und ihre Metastasen.

(Virchow's Archiv Bd. CLIV. Hft. 138.)

Bei den 6 vom Verf. untersuchten Fällen handelte es sich 2mal um großzellige Rundzellensarkome, 1mal um 1 Alveolarsarkom, 1mal um Rundzellen-, wahrscheinlich Angiosarkom, 1mal 1 Rundzellensarkom, bei welchem die regelmäßige Anordnung der Zellstränge entsprechend den Lymphgefäßen auffiel, 1mal 1 hämangiotisches Endotheliom. Alle Kranken bis auf einen, von welchem spätere Nachrichten nicht zu erlangen waren, fielen dem Leiden, trotzdem die Exstirpation der primären Geschwulst meist zu einer Zeit, wo eine Dissemination noch nicht nachgewiesen werden konnte, vorgenommen war, nach kürzerer oder längerer Zeit zum Opfer. Der Tod erfolgte durch Bildung von Metastasen, und zwar zuerst und vorzüglich in den retroperitonealen Lymphdrüsen. Die Beobachtungen bestätigen mehrere neuere Untersuchungen, welche ergaben, dass die Hodengeschwülste meist sarkomatöser Natur sind und sich durch eine außerordentliche Bösartigkeit auszeichnen. Da die Metastasen sich fast immer auf dem Wege der Lymphbahnen bilden, so suchte Verf. sich über die anatomischen Verhältnisse des Lymphapparats der männlichen Geschlechtsdrüse genauere Kenntnisse zu verschaffen, zu

welchem Zweck Injektionsversuche an Leichen gemacht wurden, die jedoch noch nicht abgeschlossen sind. Die bis dahin gewonnenen Resultate fasst M. folgendermaßen zusammen: »Der Hoden ist mit Lymphgefäßen sehr reich versehen. Mit dem Funiculus spermaticus verlassen dieselben die Drüse und ziehen mit ihm in 4—6 größeren Stämmen beim Erwachsenen durch den Leistenkanal und hinter dem Bauchfell bis etwa zur Höhe des unteren Nierenpols, um medianwärts abzubiegen und alsbald in die ersten Drüsen einzumünden. Nirgends geben sie Äste, weder an den Leistenkanal, die untere Bauchwand, noch an näher gelegene Organe ab. Die ersten Drüsen liegen, meist 2—4 an Zahl, links nahe der Aorta; rechts hingegen ausnahmslos direkt auf der Vena cava. Hinter den großen Bauchgefäßen breitet sich ein Gefäßnetz mit Drüsen aus, nach unten bis an die Bifurkationsstelle der ersteren, nach oben bis in die Nähe der Cysterna chyli. Diese Drüsen lassen sich ebenfalls von dem Hoden aus injiciren. Der Abfluss der Lymphe aus diesen Gebieten wird, so weit meine Untersuchungen bis jetzt ergeben, durch Äste vermittelt, welche hinter den großen Bauch- so wie vor den linken Nierengefäßen nach oben verlaufen, und dann in die Cysterna chyli einmünden«. Entsprechend diesem Verlauf lokalisiren sich auch die Metastasen der Hodengeschwülste. Eine wichtige Stelle spielt dabei der Ductus thoracicus. Die Operation retroperitonealer Geschwülste bietet schon im Allgemeinen eine recht trostlose Prognose, noch trauriger ist aber die der metastatischen Drüsengeschwülste. In der Regel wird demnach bei einer derartigen Verbreitung der Krankheit ein chirurgischer Eingriff abzulehnen sein.

Fr. Pels Leusden (Göttingen.)

---

25) **A. Dührssen.** Die Einschränkung des Bauchschnitts durch die vaginale Laparotomie (Kolpocoeliotomia anterior).

Berlin S. Karger, 1899. 266 S.

Das vorliegende Buch ist bestimmt, die vaginale Laparotomie, welche durch schlechte Erfahrungen nach der Vaginofixation etwas in Verruf gekommen ist, wieder zu Ehren zu bringen. D. hat die Operation in 503 Fällen mit 15 Todesfällen bis jetzt ausgeführt und hält die von anderer Seite beobachteten Gefahren bei richtiger Technik für sicher vermeidbar. Speciell für die Vaginofixation bei Retroflexion legt er den Hauptwerth darauf, dass der Uterus an der oberen (nicht unteren) Corpusgrenze mit Silkworm angenäht und die peritoneale Öffnung der Plica durch eine isolirte Naht verschlossen werde. Die nach dieser Methode ausgeführte Operation übt nach D.'s Erfahrungen keinen ungünstigen Einfluss auf den Geburtsverlauf aus, erhält den Uterus auch nach der Geburt in seiner normalen Lage und hat in manchen Fällen erst die Konception ermöglicht, resp. an Stelle früherer Aborte zu einem normalen Schwangerschaftsverlauf geführt. Unter 359 Vaginofixationen des Uterus kam es in 20 Fällen zu rechtzeitigen Geburten, bei denen nur 2mal ärztliche

Hilfe nöthig war, 1mal Perforation wegen Rigidität der Cervix und mangelhafter Erweiterung des Muttermundes, 1mal Zange wegen sekundärer Wehenschwäche. Ähnliche günstige Erfahrungen sind von Scholtze, Kossmann, Raether, Amann jr. und Vineberg mitgetheilt. Außer zur Vaginofixation des Uterus lässt sich die Operation auch zur Vaginofixation der Ligamenta rotunda und zur Vesicofixation des retroflektirten Uterus verwenden. Zu den Indikationen der Kolpocoeliotomia anterior rechnet D. Lageveränderungen (Vorfall) der Scheide und Gebärmutter, Verletzungen, chronische Entzündungen und gutartige Neubildungen der letzteren, den vaginalen Kaiserschnitt, Adnexerkrankungen und die Herbeiführung künstlicher Sterilität durch Tubenabbindung.

Das Buch ist flott geschrieben, die Darstellung, wie in den meisten Arbeiten D.'s, glänzend. Jedenfalls wird die Diskussion über die Operation dadurch wieder in Fluss kommen.

Jaffé (Hamburg).

---

26) **Richelot.** Nature et traitement de la rétroversion utérine.

(Ann. de gynécol. 1898. November.)

Zur Beseitigung der Retroflexionen des Uterus dienen a. Pessare und Leibgürtel, b. Massage, c. Hysteropexie. Zur Fixation des Uterus hat R. früher die ventrale Methode benutzt, jetzt bevorzugt er die Vaginofixation. Die Methoden von Dührssen und Mackenrodt sind wegen der Folgezustände nicht zu empfehlen. R. hat folgendes Verfahren in 9 Fällen erprobt gefunden. Der Uterus wird nach unten gezogen, das vordere Scheidengewölbe quer eröffnet, die Wunde nach beiden Seiten vertieft und die Blase abpräparirt. Dann breite Eröffnung des Peritonealsacks. Nun Anlegung der Nähte quer durch die Ränder der Scheidenwunde und durch die vordere Wand des Uterus, dessen Fundus frei bleiben muss. Der untere Theil der Scheidenwunde bleibt frei und wird nachher durch vertikale Nähte für sich geschlossen, nachdem die horizontalen Fixationsnähte geknüpft worden sind. Man erhält so eine ⊥-förmig vereinigte Wunde. Die unmittelbaren Erfolge waren gut. Über den Verlauf der Schwangerschaft nach dieser Operation fehlen R. bis jetzt Erfahrungen.

Jaffé (Hamburg).

---

27) **A. N. Ssolowjow.** Über die Methoden der Blutstillung bei Uterusexstirpation durch Ligatur und durch Liegenlassen von Zangen.

(Chirurgia 1898. p. 332. [Russisch.])

Nach einer übersichtlichen Schilderung der Geschichte der Uterusexstirpation erwägt S. die Vortheile und die Nachtheile der beiden obengenannten Verfahren. Die Verfahren durch Liegenlassen der Zangen haben zwar den Vortheil der größeren Schnelligkeit, aber sind keineswegs so sicher wie das Ligaturverfahren. Verf. musste in einem solchen Falle wegen nachfolgender Blutung mühsam und

unter Umständen, welche nicht mehr eine sichere Asepsis gewährleisteten, die durch das schnelle Verfahren gewonnene Zeit reichlich wieder daransetzen, indem er zu der nachträglichen Blutstillung 3/4 Stunde brauchte. Dagegen erkennt S. für gewisse Fälle die Berechtigung jenes Verfahrens voll an. So hätte er in einem anderen Falle sicher die Bauchdecken wieder schließen müssen, wenn er die Zangen nicht liegen lassen wollte. Denn Unterbindungen waren da überhaupt unmöglich. Auch die Statistik scheint eher zu Gunsten des Ligaturverfahrens zu sprechen. E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

---

28) O. Küstner. Zur abdominalen Myomotomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation?

(Berliner Klinik 1898. No. 125.)

K.'s jüngste Erfahrungen basiren auf 50 supravaginalen Amputationen mit 1 Todesfall und 48 abdominalen Totalexstirpationen mit 6 Todesfällen. Die sofort nach dem Tode ausgeführte bakteriologische Untersuchung des Bauchinnern ergab in 3 Fällen Streptokokken bezw. Staphylokokken, obwohl 2 davon unter dem Bilde des Shocks oder der Herzschwäche gestorben waren.

Die Frage, welche der beiden Methoden (Totalexstirpation oder supravaginale Amputation) die bessere ist, vereinfacht sich für K. dahin, ob Ileus oder peritoneale Sepsis bei der einen mehr droht als bei der anderen? K. legt außer peinlichster Asepsis Hauptwerth auf Beschränkung der Wundsekretion. Er erreicht dies entweder nach peinlichster Blutstillung durch völligen Nahtverschluss jeder Wunde, oder, wo dies nicht angängig, durch eine kurze Zeit dauernde Drainage der Bauchhöhle.

Als Vortheile der supravaginalen Amputation bezeichnet K. ihre größere Einfachheit, besonders bei Nulliparen, die geringere Ausdehnung der Wunden und die Keimfreiheit der Absetzungswunde.

Dagegen ist die Totalexstirpation streng indicirt:

1) wenn ein intramurales Cervixmyom so weit herabreicht, dass eine Absetzung in der Cervix unmöglich ist;

2) wenn ein submuköses, aber breitbasig inserirtes Myom cervicalen oder corporalen Ursprungs die Cervix völlig zum Verstreichen gebracht hat;

3) bei allen verjauchten Myomen.

Sonst kann man im Allgemeinen sagen, dass man mit beiden Methoden gute Resultate erzielen kann. Jaffé (Hamburg).

---

29) Quénu. Cancer de l'utérus, traité par hystérectomie abdominale totale.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 230.)

Unter Mittheilung eines erfolgreich operirten Falles tritt Q. für die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus durch die Laparotomie

ein, da nur sie eine radikale Entfernung miterkrankter Lymphdrüsen und sichere Schonung des umwachsenen Harnleiters gestatte. Um diesen bei der Auslösung sicher zu schonen, müsse man ihn erst oberhalb, dann unterhalb der Umwachsungsstelle freilegen. Nach seiner Auslösung lässt man ihn bei Abbindung der Ligamente nach außen zurückhalten.

(Q. dürfte zur Zeit unter den deutschen Gynäkologen mit seiner extremen Anschauung kaum viel Zustimmung finden. Ref.)

Reichel (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

30) **A. S. Denissow.** Narkosenstatistik in der chirurg. Abtheilung des St. Petersburger Peter Pauls-Stadtkrankenhauses für 1896—97.

(Botkin's Hospitalzeitung 1898. No. 35 u. 36 [Russisch.])

Im Ganzen wurden 1316 Operationen unter allgemeiner Narkose ausgeführt. 500mal (bei großen Operationen) wurde kombinirte Chloroform-Cocain-Narkose angewendet, die Verf. warm empfiehlt (tropfenweise $CHCl_3$ bis zur leichten Bewusstlosigkeit, dann Injektion von 1—6 Spritzen 2%iger Cocainlösung in der Schnittrichtung; der Pat. fühlt keinen Schmerz, kann aber denken und Bewegungen ausführen. Durchschnittverbrauch von $CHCl_3$ 19,0—19,5, Cocain 0,7; Dauer der Narkose 39,8 Minuten.

Kleinere Operationen wurden unter $CHCl_3$ allein 146mal ausgeführt (13,5—24,5 $CHCl_3$; 20—27 Minuten). Für kurze Operationen gebrauchte man Bromäthyl (642mal): 7,0 4—5 Minuten bei Kindern, 12,0—18,0, 8 Minuten bei Erwachsenen. — 1 Todesfall: 21jährige Frau, vor Kurzem Dysenterie, Operation wegen Osteomyelitis; Narkose 37 Minuten, 23,0 $CHCl_3$, 0,8 Cocain. Sektion: chron. Nephritis und Degeneration des Herzmuskels. **E. Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

31) **R. Faltin.** Über das Vorkommen von Bacterium coli commune in der männlichen Harnröhre.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. IX. Hft. 10.)

F. hat bei 51 Pat. durch sehr sorgfältige bakteriologische Untersuchungen nur 2mal das Bacterium coli commune in der Harnröhre nachweisen können. In beiden Fällen bestanden besondere Verhältnisse, die die zufällige Infektion von außen wahrscheinlich machen. Er kommt also zu dem gleichen Ergebnis, wie die Voruntersucher, dass unter allen den für die Harnwege pathogenen Bakterien das Bacterium coli commune am seltensten in der männlichen Harnröhre angetroffen wird, obgleich es sich am häufigsten im pathologischen Harn vorfindet.

F. Krumm (Karlsruhe).

32) **Fülle.** Zur Kasuistik der Sexualoperationen bei Prostatahypertrophie.

Inaug.-Diss., Greifswald, **Abel,** 1898.

Nach einem kurzen Überblick über die Gefahren und die gegen dieselben gerichteten operativen Verfahren zur Besserung der Prostatahypertrophie unter besonderer Berücksichtigung derjenigen am Samenstrang giebt F. eine Schilderung der in der Helferich'schen Klinik üblichen Methode, das Vas deferens partiell durch Evulsion zu entfernen. Die Operation wird ohne Narkose derart ausgeführt, dass das aus kleinem Hautschnitt vorgezogene Vas deferens distal abgeschnitten und central herausgerissen wird, nach sorgfältigem Zurückschieben der Gefäße. Es folgen dann 33 Krankengeschichten, von denen 13 schon anderseits publicirt[1]

[1] cf. Adomeit, Resektion des Vas deferens. Inaug.-Diss., Greifswald, Abel, 1896.

waren. Die letzten 23 Fälle, gesondert betrachtet, gaben in 22 Fällen Besserung der Harnentleerung. 6 wurden geheilt, 7 nur vorübergehend gebessert. 3 schieden durch Tod aus. Die Operation selbst — sie wird Deferentektomie (!) genannt — wurde stets gut ertragen. Dieser Umstand fordert zur Nachprüfung auf.

Roesing (Hamburg).

33) **Schrey.** Fälle von Blasenstein.

Inaug.-Diss., Greifswald, **Abel,** 1898.

Die Arbeit enthält die Krankengeschichten der in den letzten 10 Jahren in der Greifswalder chirurgischen Klinik behandelten — im Ganzen 28 — Fälle von Blasenstein, die bei 0,22% aller Pat. zur Beobachtung kamen. Die meisten Pat. waren älter als 50 Jahre, von ihnen war nur $^1/_7$ weiblichen Geschlechts. 14% starben, doch keine an den direkten Operationsfolgen. Nur bei 2 waren Fremdkörper von außen in die Blase gebracht. Bemerkenswerth ist die relativ große Zahl von glücklichen Lithotripsien (10). Die übrigen Steine wurden durch Incision von der Scheide (2), Sectio mediana (3) und Sectio alta (13) entfernt. 3mal verursachte Nierenerkrankung den Tod. **Roesing** (Hamburg).

34) **P. Hérescо.** Calculs vésicaux formés autour des corps étrangers arrivés dans la vessie à travers la paroi vésicale.

(Ann. des malad. des organ. génito-urin. 1898. No. 8.)

Verf. theilt folgende Beobachtung mit: Der 19jährige Kranke hatte mit 8 Jahren an einer Coxitis gelitten, von der an der linken Hüfte eine Narbe zurückgeblieben war. Seit 3 Jahren trüber Urin; seit $^1/_2$ Jahre sehr häufiges Uriniren, Schmerzen am Beginn und zu Ende der Urinentleerung, zeitweise terminale Hämaturie. Mittels Sonde und Cystoskop kann ein abgerundeter, an der Oberfläche unregelmäßiger Stein nachgewiesen werden, der in der Gegend der linken Harnleitereinmündung liegt. Lithotritie. Es handelte sich um einen Phosphatstein, dessen Kern von einem 1 cm langen, 68 mm breiten Knochensplitter gebildet wurde. Vollkommene Heilung.

Gayet hat 14 solche Fälle gesammelt, in denen es sich stets um Knochensplitter aus Beckenknochen handelte, die bei Gelegenheit einer Knochenentzündung in die Blase gelangt waren und die dann Veranlassung zur Steinbildung gegeben hatten. Verf theilt dann noch 2 bisher nicht veröffentlichte Beobachtungen von Gouyon mit, in denen Seidenfäden durch die Blasenwand hindurchgeeitert waren und Veranlassung zur Steinbildung gegeben hatten. In dem einen Falle waren die Seidenfäden bei einer Adnexexstirpation im kleinen Becken gelassen worden; im anderen Falle war die Radikaloperation eines Leistenbruchs gemacht worden; beide Male hatten sich länger dauernde Eiterungen an die Operation angeschlossen. **P. Wagner** (Leipzig).

35) **Turetta.** Estirpazione completa della vesica urinaria.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1898. No. 127.)

Die Operation ist bisher 6mal bei der Frau und 3mal beim Manne ausgeführt mit einem Erfolg. T. hat bei einem Blasenpapillom nach temporärer Resektion der Schambeine die Blase exstirpirt und die Harnleiter im Mastdarm mit Hilfe des Boari'schen Knopfes implantirt. Der Kranke starb nach 16 Tagen an Pyelitis ascendens. **Dreyer** (Köln).

36) **Longard** (Aachen). Ein Fall von Blasen- und Ureterstein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 41.)

Durch Röntgenstrahlen wurde bei einem bereits wegen Blasensteinen operirten Pat., bei dem jedoch der Harn noch Trübung zeigte, und bisweilen in der linken Nierengegend Schmerzen vorhanden waren, 8 cm links von der Symphyse ein haselnussgroßer dunkler Schatten nachgewiesen, den L. für einen Stein ansprach. Bei der Operation wurde in der Blase nichts, dagegen in der Gegend des linken Harnleiters ein haselnussgroßer harter Körper hinter der Blase gefühlt.

Ein Versuch, den Stein zu zertrümmern, gelang nicht. Eine weitere Operation ward verweigert. (Vielleicht war der Stein nicht im Harnleiter, sondern in einem Divertikel, mit ganz engem Eingang, wie diese in der Gegend der Harnleitermündung häufiger sind, gelegen, wofür das Fehlen stärkerer Symptome von Seiten der betreffenden Niere, Hydronephrose etc. zu sprechen scheint. Ref.)

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

37) **R. Stern und Viertel.** Über Ureteritis pseudomembranacea.

(Allgemeine med. Centralzeitung 1898. No. 59.)

Die Verff. theilen folgenden in klinischer und allgemein-pathologischer Hinsicht interessanten Krankheitsfall mit: Ein kräftiger, vorher völlig gesunder Knabe erkrankte mit hohem Fieber, Benommenheit, Kopf- und Leibschmerzen. Urin nach 2 Tagen stark getrübt und reichlich eiterhaltig, enthielt außerdem gerinnselartige Gebilde von einigen Centimetern Länge. Hohe Druckempfindlichkeit entsprechend der rechten Nierengegend und dem Verlaufe des rechten Harnleiters, ohne dass irgend eine Geschwulst durchzufühlen gewesen wäre. Lumbale Freilegung der Niere; dieselbe war blauroth verfärbt, von vermehrter Konsistenz. Nierenbecken nicht erweitert, frei von Konkrementen. Der Harnleiter zeigte sich in seinem oberen Verlaufe über Daumendicke in cylindrischer Weise ausgedehnt. Durch einen Längsschnitt von ca. 2 cm eröffnet, zeigte er sich mit langen, wurmartigen, gelbgrauen, membranösen Gebilden, die sich leicht entfernen ließen, erfüllt. Schleimhaut des Harnleiters lebhaft injicirt und geschwellt, aber ohne Geschwürsbildung. Die Harnleiterlichtung war für eine Sonde nach oben und unten leicht passirbar. Freilegung des Harnleiters bis zu seinem Eintritt ins kleine Becken; es fand sich weder eine Eiterung um denselben, noch eine Verdickung seiner Wände. Die beiden Lippen der Harnleiterwunde wurden durch ein paar Knopfnähte an die äußeren Wundränder befestigt. In den ersten Tagen neue Beläge auf der Harnleiterschleimhaut. Ätzung mit Chlorzink. Nach mehreren Tagen Reinigung der äußeren Wunde. Erst nach fast 8 Wochen begann die rechte Niere mit einem Schlage, und zwar sehr stark, abzusondern. Allmählicher Schluss der Harnleiterfistel; vollkommene Heilung.

Nach dem histologischen und bakteriologischen Befunde handelte es sich um eine infektiöse Ureteritis, hervorgerufen durch Staphylokokken. Die ganze Erkrankung ist als eine Staphylokokkeninfektion mit vorwiegender Lokalisation im uropoetischen System anzusehen. In wie weit die rechte Niere mitbetheiligt war, ist nicht mit Sicherheit zu sagen; das lange Versiegen der Urinsekretion aus der rechtsseitigen Harnleiterfistel ist indess kaum anders als durch eine gleichzeitige Nierenerkrankung zu erklären. Eine Ureteritis per ascensionem ließ sich nach dem cystoskopischen Befund, und eine Ureteritis in Folge eines Durchbruchs eines dem Harnleiter benachbarten Eiterherdes durch die Palpation sicher ausschließen.

P. Wagner (Leipzig).

38) **N. A. Stschegolew.** Zur Frage von der Entstehung traumatischer Hydronephrosen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1898. Hft. 6.)

Die Hydronephrose entstand bei S.'s Pat. — einem 21jährigen Soldaten — nach Schlag mit der Faust in die rechte Nierengegend und darauffolgendem Fall auf die rechte Seite. Exspektative Behandlung; nach 2 Wochen verkleinerte sich die Geschwulst, wurde aber bald wieder größer (intermittirende Hydronephrose). 27. April 1897 — 20 Tage nach der Verletzung — Nephrotomie. Nierenbecken stark erweitert, enthält 5,4 Liter blutigen Urin (also wahre Hydronephrose in Folge Nierentrauma). Die Fistel schloss sich nicht; am 25. Oktober entstand nach geringem Trauma — Ausgleiten ohne zu Fall zu kommen — Nierenblutung. Da die andere Niere gesund war, wurde am 26. November die Nephrektomie ausgeführt. Am 2. März 1898 geheilt entlassen. — Die Niere war atrophisch und stark mit dem Bauchfell verwachsen, wesshalb ein 5×2 cm großes Stück zurückgelassen werden musste, das sich nach 12 Tagen abstieß.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

39) **W. A. Swenziski.** Zur Frage der Heilung umfangreicher Hydronephrosen.

(Chirurgia 1898. p. 422. [Russisch.])

Dem 24jährigen Kranken, der seit seiner Kindheit an intermittirender Hydronephrose gelitten, war von anderer Seite durch einen Bauchschnitt die Nephrotomie gemacht worden. Anderthalb Jahr hatte er sich mit dieser Harnfistel getragen, durch welche sich etwa 300 ccm Urin entleerten. Auf natürlichem Wege wurden 6—800 ccm ausgeschieden. Die Sondirung des Harnleiters der kranken linken Seite von der Blase aus misslang, eben so der Versuch, von der Fistel aus gefärbte Flüssigkeit unter Druck in die Blase zu bringen. Bauchschnitt in der Mittellinie (Prof. Bobrow). Das Organ zeigt sich mit seiner Umgebung verwachsen, so dass die Absicht der Auslösung aufgegeben wird. Dagegen wird der Harnleiter freigelegt und aus ihm ein Stein herausgeschnitten. Selbst jetzt war der Harnleiter noch nicht durchgängig. Letzterer durchsetzte etwas die Geschwulstwand. Sonst heilten die Operationswunden ohne Störung, nur blieben die Fistelverhältnisse in ihrem früheren Zustand.

Der 2. Fall betraf einen 30jährigen Arzt, der zum 1. Male im 14. Lebensjahre Harnverhaltung, Harnträufeln und Schmerzanfälle bekommen hatte. Es war ihm ein eingeklemmter Stein aus der Harnröhre entfernt worden. Seit dem Jahre 1892 bemerkte er zuerst eine Geschwulst in der rechten Seite. Die Anfälle wurden immer häufiger. Bei der Operation durch Schnitt längs dem Rippenrand gelang es wegen Verwachsungen nicht, den Sack auszulösen. Ein Stein wurde nicht gefunden. Der ganze Harnleiter war erweitert. Der größere Theil des Sackes und der Harnleiter wurde herausgeschnitten und dieser und die Ränder jenes in die Hautwunde eingenäht. In der Folge wurden zur Verkleinerung der Nierensubstanz Einspritzungen von Jod gemacht, Anfangs 100 g Jodtinkturlösung von 1 : 5, später stärkere Lösungen. Nach 3 Monaten war die durch die Fistel abgesonderte Urinmenge von 400 auf 150 gefallen. S. bespricht dann noch die verschiedenen operativen Verfahren, die bei Hydronephrose angewandt wurden.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

40) **H. Lohmer.** Operative Heilung eines durch Gravidität komplicirten Falles von Pyonephrose.

Diss., Greifswald, 1898.

Verf. theilt aus der Helferich'schen Klinik folgende Beobachtung mit: 37jährige Frau, Anfang des 6. Monats schwanger, mit rechtsseitiger, angeblich vor 3 Monaten akut entstandener Pyonephrose. Nephrotomie. Andauernder Eiterabfluss; keine Besserung des Allgemeinbefindens. Desshalb 4 Wochen später Nephrektomie. Heilung. Beendigung der Schwangerschaft etwas vor der normalen Zeit.

Helferich hat in diesem Falle, wo die rechte Niere erkrankt war, zur Feststellung des Verhaltens der linken Niere ein neues Verfahren angewandt, indem er in der linken Lendengegend nach gründlichster Desinfektion eine 3 cm lange Incision machte, mittels eines spitzstumpfen Wunderweiterers in die Tiefe drang und die Wunde so weit vergrößerte, dass er den Zeigefinger hindurchführen und den unteren Pol der linken Niere abtasten konnte. Die Wunde wurde dann sofort durch Seidennaht und Kollodium geschlossen. »Mittels dieses Verfahrens gelingt es zum Ziele zu kommen, ohne dabei durch irgend welche das Gleichgewicht des Organismus bedrohende Eingriffe die Gefahr der vorzunehmenden Operation zu erhöhen. Es gelingt auf diese Weise leicht, sich volle Sicherheit über die Existenz, bezw. die Beschaffenheit der zweiten Niere zu verschaffen. Trotz der kleinen Wunde ist die Orientirung so weit möglich, dass bei richtiger Wahl des Schnittes eine etwa vorhandene Hufeisenniere dem palpirenden Finger nicht entgehen würde.« (Auch dann, wenn die Verschmelzung der Nieren an den oberen Polen stattgefunden hat? Ref. möchte in diagnostisch unklaren Fällen doch dann lieber eine vollkommene Freilegung und Abtastung der 2. Niere durch einen

Lendenschnitt empfehlen. Dieser diagnostische Eingriff ist bei richtiger Ausführung ebenfalls ganz ungefährlich.) **P. Wagner** (Leipzig).

41) **O. Bartels.** Zur Chirurgie der Nebennieren.
Diss., Greifswald, 1898.

Verf. theilt aus der Helferich'schen Klinik einen Fall von linksseitiger Steinniere mit. Durch die extraperitoneale Nephrolithotomie wird ein taubeneigroßer Oxalatstein entfernt. Naht der Nierenwunde mit starkem Katgut. Gleichzeitig wird die mit ihrer Umgebung, aber nicht mit der Niere ziemlich fest verwachsene, geschwulstartig vergrößerte linke Nebenniere stückweise entfernt. Heilung. Die Geschwulst erwies sich als typische Tuberkulose der Nebenniere. Bronzefärbung war nicht vorhanden. **P. Wagner** (Leipzig).

42) **Bégouin** (Bordeaux). Calculs creux du rein.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXIV. p. 1.)

B. fand bei der Obduktion eines an chronischer Harnverhaltung in Folge Prostatahypertrophie gestorbenen 62jährigen Mannes die linke Niere in eine dünne fibröse Kapsel umgewandelt, die 2 ihrer Wandung innig anhängende Steinkonkremente umfasste. Der eine Stein hatte die Größe eines Eies und wog 43 g; der andere wog 8 g. Beide waren hohl und enthielten eine Flüssigkeit, die wie Urin aussah. Die 2—3 mm dicke Wand der Steine war von einer netzartigen Membran bekleidet, die aus Schleim und altem Blut gebildet war. In der Kalkwand fand man Colibacillen. **Reichel** (Chemnitz).

43) **K. Park.** On the indications for operation in tuberculosis of the kidney, and the choice of operative method.
(Journ. of cut. and genito-urin. diseases 1898. No. 8.)

Von Interesse sind 2 mitgetheilte persönliche Beobachtungen, in denen, obwohl zweifellos der Harnleiter mit erkrankt war, dessen Entfernung unmöglich war. In beiden Fällen war das Resultat relativ günstig. Im ersten bildete sich nach 5 Jahren ein Abscess in der Narbe, bei deren operativer Behandlung das Diaphragma perforirt wurde. Durch sofortige gründliche Tamponade wurde auch dieser Unfall glücklich überstanden. **Kopp** (München).

44) **Bazy.** Myxo-sarcome du rein gauche.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXIV. p. 127.)

B. beschreibt einen Fall erfolgreicher transperitonealer Nephrektomie eines umfangreichen Myxosarkoms der linken Niere, welches nur durch unbestimmte Schmerzen in der linken Seite Störungen verursacht, aber weder zu Nierenblutungen noch irgend einer Störung der Urinabsonderung geführt hatte, dessen Diagnose daher auch vor der Operation nicht mit Sicherheit gestellt wurde. — Nicht ohne Wichtigkeit ist eine kleine Störung bei der Operation: der den Nierenstiel umschnürende Faden riss im Moment, wo die Klammer abgenommen wurde, ohne dass eine Blutung eintrat. Eine neu angelegte Klammer fasste, wie sich gleich nachher zeigte, nur den Harnleiter. Beim Umlegen des Fadens strömte plöstlich arterielles Blut im Strahl hervor. Die Blutung wurde alsbald durch eine Klemme gestillt. B. sieht in diesem Zufall einen Beweis dafür, dass die Forcipressur größerer Gefäße ein unsicheres Mittel der Blutstillung sei.
Reichel (Chemnitz).

45) **Albertin** und **Prothon.** Du cancer du rein chez l'homme.
(Province méd. 1898. No. 15.)

3 neue Beobachtungen bei einem 37jährigen Mann, Geschwulst seit 10 Jahren bemerkt, 77jähriger Mann, Geschwulst seit 6 Jahren bemerkt, vor 4 Jahren zum 1. Mal operirt, Recidiv seit 2 Jahren, und 45jährigen Mann, Geschwulst seit 3 Jahren bestehend. **Herm. Frank** (Berlin).



46) **Chevassu.** Tératome du testicule gauche. Ablation de la tumeur incluse dans l'albuginée en conservant le testicule. Examen histologique. Rapport par M. Picqué.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXIV. p. 60.)

Die von C. erfolgreich, ohne gleichzeitige Kastration, exstirpirte cystische Geschwulst war ein richtiges Teratom, enthielt Knorpel, Knochen, glatte und gestreifte Muskelfasern, Drüsengewebe, Gefäße. Sie hatte die Größe eines großen Hühnereies. Zur Zeit der Operation war Pat. 18 Jahre alt; schon in seinem ersten Lebensjahre war die Geschwulst von den Eltern bemerkt worden. — Nach dem Berichterstatter Picqué ist dieser Fall der erste, in welchem ein intratestikuläres Vorkommen eines Teratoms sicher gestellt ist. **Reichel** (Chemnitz).

47) **D. G. Gorochow.** Beiträge zur Frage von der Exstirpation des Uterus und seiner Adnexe per vaginam mit Anwendung von Pincetten à demeure.

Diss., St. Petersburg, 1898.

70 Fälle von Warneck, 11 aus dem Bachruschinhospital in Moskau und 4 eigene. 29mal gaben entzündliche Processe, 56mal Neubildungen die Veranlassung zur Operation. 4mal wurden größere, 4mal geringe Nachblutungen beobachtet, doch immer mit Tamponade gestillt. Eine Retrovaginalfistel entstand nur 2mal (bei entzündlichen Processen), davon nur in dem einen Fall durch Druck der Pincetten. 8 starben, 2 nicht in Folge der Operation, also 7,2%, eben so viel wie mit Ligaturen. Die Operationsdauer ist bei Pincettenanwendung geringer als mit Ligaturen; endlich ist diese Operationsmethode oft noch in solchen Fällen anwendbar, wo die Ligaturen nicht anzulegen sind. — Das Litteraturverzeichnis umfasst 12 Seiten. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

48) **H. Hartmann** et **P. Fredet.** Résultats éloignés de ligatures atrophiantes faites dans deux cas de cancer inopérable de l'utérus.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXIV. p. 130.)

Verff. prüften bei 2 inoperabeln Uteruskrebsen die Erfolge der Ligatur der zuführenden Arterien, und zwar unterbanden sie im 1. Falle beide Artt. uterinae unmittelbar an ihrer Abgangsstelle von der Art. hypogastrica, im 2. Falle rechts: den gemeinsamen Stamm der Art. uterina und umbilicalis unmittelbar oberhalb des Harnleiters — der als Auffindungspunkt dient —, links: die Artt. iliaca interna, ferner beide Artt. utero-ovariales und eine Art. lig. rotundi. — Die uterine Blutung, so wie der Ausfluss wurden durch die Operation etwas gemindert, das Wachsthum der Geschwulst aber nicht verzögert. **Reichel** (Chemnitz).

49) **T. Anger.** Fibro-adénome du sein gauche.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 193.)

Die von A. am 10. Januar 1898 operirte, 49jährige, kräftige Pat. beobachtete eine etwa nussgroße, schmerzlose, bewegliche Geschwulst neben der linken Brustwarze bereits seit 1890. 1894, als A. die Frau zum 1. Mal sah, hatte die Geschwulst die Größe eines Hühnereies, erschien durchaus gutartig. In der letzten Zeit war sie rascher gewachsen, hatte eine kolossale Größe erreicht, bildete eine feste, bis zum vorderen oberen Darmbeinstachel herabhängende Masse, die schon durch ihr Gewicht — 7 kg — große Schmerzen machte. Die Lymphdrüsen waren nicht geschwollen. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibroadenom handelte, in welchem jedoch hier und da einige Inseln von Carcinomgewebe verstreut waren.

Routier theilte in der Diskussion einen ähnlichen Fall mit von bösartiger Degeneration einer zuerst 16 Jahre hindurch bestehenden gutartigen Brustdrüsengeschwulst. **Reichel** (Chemnitz).

50) S. Arnold. Über einen knorpel- und knochenhaltigen Tumor der Brustdüse.

(Inaug.-Diss., Zürich. Sep.-Abdruck aus Virchow's Archiv. Bd. CXLVIII. 21 S.)

Verf. bereichert die spärliche Kasuistik der knochenhaltigen Brustgeschwülste um einen interessanten, unter Ribbert's Leitung untersuchten Fall.

Die bei einer 67jährigen Pat. durch Operation gewonnene Neubildung erwies sich als Osteochondrosarkom der Mamma. Die Grundlage der Geschwulst bildete ein Spindelzellensarkom, in welches Knochenbälkchen eingelagert waren, zum Theil von Osteoblasten umgeben. An anderen Stellen fanden sich Inseln von Faserknorpel mit deutlichem Übergang in sarkomatöses Gewebe.

Verf. glaubt, dass es sich im vorliegenden Falle nicht um Wucherung des Bindegewebes der Mamma mit theilweiser Metaplasie in Knorpel und Knochen handelt, sondern um Verlagerung vom Gewebskeimen in embryonaler Zeit. Was die Herkunft dieser Keime betrifft, so lässt das Vorhandensein von auf bindegewebiger Grundlage entstandenem Knochen Verf. an das Schlüsselbein denken, das sich als Belegknochen in embryonaler Zeit in gleicher Weise entwickelt.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

51) C. Monod. Volumineux sarcome du sein gauche. Début 25 ans auparavant. Quatre opérations, suivies de guérison définitive. Développement consécutif d'un sarcome à distance (dos). Mort de pleurésie secondaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 199.)

Die nach der 1. Operation 1886 vorgenommene histologische Untersuchung hatte die klinische Diagnose eines gutartigen Fibroms durchaus bestätigt. Erst später trat der sarkomatöse Charakter der Geschwulst hervor. Alles sonst Wissenswerthe besagt die Überschrift. **Reichel** (Chemnitz).

52) F. Franke. Autoplastik bei großem Hautdefekt der weiblichen Brust.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 610.)

F. hat, wie vor ihm Legueu und H. Graeve, den nach Exstirpation eines vorgeschrittenen Mammacarcinoms entstandenen gewaltigen Hautdefekt der vorderen Brusthälfte durch Deckung mit der abgelösten Decke der gesunden Brusthälfte beseitigt. Während aber seine Vorgänger in dem Decklappen die gesunde Mamma belassen haben, hat F. dieselbe nebst der Mammilla exstirpirt und das Mammillenloch zur Drainage benutzt. Die Schnittführung geschah so, dass der untere quere Amputationsschnitt der linken Seite unter der rechten Mamma hinweg, dann leicht im Bogen ansteigend bis zur rechten vorderen Achsellinie geführt wurde, oben aber quer bis zum rechten Schulterkopf incidirt wurde. Nachdem der Lappen vom Muskel abgelöst und, wie erwähnt, die Mamma exstirpirt war, konnte der Lappen unter Anwendung eines etwas kräftigen Zuges so weit herübergezogen werden, dass seine Ränder mit denen des Operationsdefekts vernäht werden konnten. Dabei wurde der untere Rand des Lappens etwas eingekerbt, um seine hohle, flachkugelige Form abzuebnen. Prima mißlang, da die Lappenränder brandig wurden. Per secundam heilte die untere Querwunde dann »schnell«, während die Heilung der vertikalen Wunde links 3 Monate erforderte.

F. glaubt, dass diese Autoplastik bei großem Defekt den Transplantationen nach Thiersch oder Krause vorzuziehen ist, da bei diesen Verfahren öfters Schrumpfungen der transplantirten Haut eintreten, welche lästig fallen können.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. Sonnabend, den 18. Februar. 1899.

Erwiderung auf den Artikel von Dr. H. Braun in No. 43 (1898) dieses Blattes[1].

Von

Dr. S. **Kofmann** in Odessa.

Mein in diesem Blatte (1898 No. 40) erschienener Artikel »Blutleere als Lokalanästhesie« gab Herrn Dr. H. Braun Veranlassung zur Erwiderung. Ich möchte darum im Folgenden der Sache etwas

[1] Vorgetragen in der Gesellschaft der Ärzte in Odessa am 26. Oktober 1898.

näher treten und die Entstehung meiner obigen Veröffentlichung näher erörtern.

Nachdem ich durch die Braun'sche Mittheilung auf die Oberst-sche Methode aufmerksam gemacht worden, habe ich dieselbe vielseitig ausgeübt; sofort aber fiel mir die Nothwendigkeit der genauen Beachtung der Honigmann'schen[2] Vorschriften auf, dass nämlich die Schmerzlosigkeit nur eintritt, wenn genügend abgewartet wird. Dazu gesellten sich die Angaben Manz's[3] über Ausdehnung der Wartezeit unter Umständen sogar bis zu 30 Minuten. Ich entschloss mich daher, dies zu ergründen.

Das Wesen der Oberst'schen Methode setzt sich zusammen aus 2 Komponenten: aus der Wirkung des Cocains und, sagen wir, um Wortstreit zu vermeiden, des Schlauchanlegens. Wie das Cocain wirkt, war mir aus den Vorträgen meines geehrten Lehrers, Herrn Prof. Kobert, bekannt, dass nämlich das Alkaloid bei der Applikation auf den bloßgelegten Nerv eine Lähmung desselben hervorruft, die sich auf seine peripheren Endungen fortsetzt. Ich hatte also nur mit der 2. Komponente Versuche anzustellen. Wie geschildert, fielen die ersten 2 Versuche so erfolgreich aus, und die Wirkung des Schlauchanlegens war so ins Auge springend, dass ich die Versuche weiter fortsetzte; und ich habe bis jetzt keinen Grund, von denselben abzustehen. Außer den schon in meiner vorigen Mittheilung angeführten Fällen gelang es mir, eine Reihe von mehr oder weniger komplicirten Operationen auszuführen, so eine Resektion der 2. Phalange des 4. Fingers wegen Caries und eine plastische Operation bei einer seit 2 Jahren bestehenden narbigen Kontraktur des linken 3. Fingers nach einer Verletzung desselben.

Die Stellung des Fingers war wie bei einer zur Faust eingeschlagenen Hand. Ich legte den Schlauch am Unterarm an. Nach üblicher Vorbereitung gelang es mir mit großer Kraft, zunächst die Steifigkeit des 1. Interphalangealgelenks ein wenig zu überwältigen; dann konnte ich die Narbe, die den Beugesehnen adhärent war, excidiren, musste endlich aber noch die Sehne peripherwärts vom 2. Interphalangealgelenk durchtrennen, wonach der Finger sofort im Phalangocarpalgelenk beweglich wurde; die Interphalangealgelenke blieben aber immobil, und ich war genöthigt, theils mit dem Messer, theils mit Gewaltanwendung das Brisement auszuführen; nun erst ließ sich der Finger gerade richten. Nach 2 seitlichen Entspannungsschnitten Naht der Operationswunde, Schienenverband. Die Operation dauerte reichlich 20 Minuten, der Pat. klagte über starke Schmerzen an der Konstriktionsstelle, bat fortwährend, den Schlauch zu lösen, während die Operation selbst fast keine Schmerzen verursachte. Am 30. September geheilt entlassen.

Frau N. F. erschien bei mir am 12. Oktober mit Phlegmone palmae manus dextrae incipiens, ausgehend wahrscheinlich aus einer Tendovaginit. pollicis. Die Frau verweigerte die vorgeschlagene Operation, ließ sie aber am 14. Oktober zu. Die kranke Hand vorher genauer zu untersuchen war unmöglich, die Frau schrie und zuckte beim leisesten Anrühren zusammen. Ich verfuhr dann wie oben. Ein langer Schnitt von der Spitze des Daumens bis zum Lig. carpi volare eröffnete die mit Eiter gefüllte Sehnenscheide des Flexor pollic. und eine Eiterhöhle in der Interossealgegend. Tamponade der Wunde und Verband.

---

[2] Centralblatt für Chirurgie 1897. No. 51. p. 1307.

[3] Centralblatt für Chirurgie 1898. No. 8. Über regionäre Cocainanästhesie.

Die Frau stieß während der Operation keinen Laut aus und versicherte hernach, von ihr nichts gefühlt zu haben. Bei den späteren wiederholten Verbandwechseln dagegen klagte sie stets über Schmerzen, wie sie solche eben bei der Operation nicht empfunden habe. Dieser von mir sehr genau beobachtete Fall ist so eklatant wie kaum ein anderer.

Aber genug der Kasuistik. Ich will jetzt versuchen, auf das Wesen der Methode näher einzugehen.

Die Oberst'sche Methode setzt sich, wie gesagt, aus den 2 Komponenten der Cocaineinspritzung und des Schlauchanlegens zusammen. Es ist nun zu eruiren: wie verhalten sich diese Komponenten, wirken sie bloß durch Summation ihrer Kräfte, oder ist die Wirkung der einen bedingt durch gleichzeitiges Wirken der anderen.

Bezüglich des Cocains sind alle es anwendenden Autoren über seine anästhesirende Kraft einig. Die mannigfachen Methoden gehen alle hinaus auf Ausnutzung dieser Wirkung auf den Nervenstamm oder seine Anastomosen. Indem in Schleich's (Gottstein[4]) Methode das zur Cocainlösung zugesetzte ClNa (0,2%) die Cocainwirkung durch seine osmotische Wirkung unterstützt (H. Braun[5]), wirkt die Reclus'sche[6] Infiltration durch schichtenweise Injektion der 1%igen Cocainlösung, die Hackenbruch'sche[7] lokale durch rautenförmige Abgrenzung des Operationsfeldes mittels Cocainlösung, die Corning-sche[8] regionäre endlich durch Wirkung auf den Nervenstamm und seine Ausbreitung. Somit basiren alle genannten Methoden auf der reinen anästhesirenden Kraft des Cocains. Wenn dem nun so ist, so fragt sich, wozu bedarf die Oberst'sche Methode der zweiten Komponente des Schlauchanlegens? Braun[9] sagt, »weil ohne eine solche Abschnürung nur mit Hilfe von mehr wie 1% Cocain enthaltenden Lösungen noch eine für operative Zwecke ausreichende regionäre Anästhesie erzeugt werden kann, und weil das Schlauchanlegen die Cirkulation und damit die Resorption zum Stillstand bringt; dadurch wird auch die Resorption der injicirten Cocainlösung verhindert und die Wirkung des Cocains nachhaltiger gemacht«.

Eben so sprechen andere Autoren, wie Pernice[10], Honigmann[11], Wohlgemuth[12] u. A. Wodurch manifestirt denn nun das Schlauchanlegen seine Wirkung? Pernice[13] sagt: »Schon das Ein-

---

[4] Erfahrungen über lokale Anästhesie in der Breslauer Klinik. v. Langenbeck's Archiv Bd. LVII. Hft. 2. p. 411.

[5] Experimentelle Untersuchungen über Infiltrationsanästhesie. v. Langenbeck's Archiv Bd. LVII. p. 378.

[6] La cocaine en chirurgie. 1895.

[7] Centralblatt für Chirurgie 1897.

[8] New York med. journ. 1885. Vol. XLII. No. 12. p. 317 ff.

[9] Centralblatt für Chirurgie 1898. No. 43.

[10] Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 14. p. 288.

[11] l. c.

[12] Über den gegenwärtigen Stand der lokalen Anästhesie. Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 11.

[13] l. c.

stechen der Nadel, so wie das Einspritzen der Lösung waren fast immer (bei Entzündungen) so schmerzhaft, dass wir die kurz und schnell ausgeführte Incision ohne Cocain meist vorzogen. . . Erst seitdem wir uns der Konstriktion bedienen, sind unsere Erfolge günstige«; und weiter Gottstein[14] »ich möchte nun betonen, dass es von großer Wichtigkeit ist, die Umschnürung des betreffenden Gliedes durch die Esmarchbinde der Cocaininjektion vorauszuschicken, und danach bei Operationen an Fingern und Zehen ca. 10 Minuten, bei größeren $1/4$ Stunde und länger zu warten. Sonst kann man nicht auf einen vollen Erfolg rechnen«. Damit ist genug gesagt. Der Einstich ist schmerzhaft, besonders aber in das entzündete Gewebe; man sucht verschiedene Aushilfsmittel, man injicirt nach Vorschrift von Wölfler und Sprengel von der Peripherie her in das entzündete Gewebe, aber vergebens (nach Pernice[15]). Nun greift man zum Schlauch, wartet je nach der Körperregion einige Zeit und kann nun ruhig die Injektion vollbringen, in die Haut Einstiche machen, kurz und gut, man bekommt Schmerzlosigkeit. Man kann dann schmerzstillende Mittel in anästhetisch gewordene Theile einbringen. Heißt das nicht, die anästhesirende Wirkung der Konstriktion durch das zugesetzte Cocain maskiren? Mir ist das bald nachdem ich die Oberst'sche Methode kennen gelernt aufgefallen. Wie Braun richtig betont, ist das Schlauchanlegen alten Datums und hatte seiner Zeit viele Fürsprecher. Esmarch[16] sagt in seiner Mittheilung »Über die künstliche Blutleere«, dass er das Verfahren wegen seiner lokalanästhetischen Wirkung fast immer bei kleinen Operationen an den Fingern und Zehen anwende, z. B. bei Incisionen wegen Panaritien, beim Ausreißen eingewachsener Nägel, Exartikulationen von Phalangen etc.; er theilt auch einen Fall von Stockes mit von Exstirpation eines Epithelkrebses auf dem Handrücken unter Strangulation, ohne dass der Pat. etwas von der Operation fühlte. Zwar ist sicher, dass das Verfahren eine nicht mindere Zahl von Gegnern aufzuweisen vermag; doch wenn eine Methode so alt ist, dass — wie Wolzendorf[17] berichtet — schon im Jahre 1676 mittels derselben schmerzlos eine Unterschenkelamputation ausgeführt wurde, so darf man um so weniger bei noch so großer Verschiedenheit der Meinungen den Stab brechen, als in der Neuzeit ein mit ihm verbundenes Verfahren aufgeblüht ist. Ein solches Verfahren ist des Versuches werth, und wenn dieses erfolgreich ausfällt, so muss das Verfahren wieder aufkommen.

Die anästhesirende Wirkung des Schlauches beruht hauptsächlich auf dem Druck, den er auf alle unterliegenden Gewebe und darunter hauptsächlich auf die Gefäße (Venen und Arterien) und

---

[14] l. c. p. 412.
[15] l. c.
[16] Über künstliche Blutleere. v. Langenbeck's Archiv Bd. XVII. p. 294.
[17] H. Wohlgemuth, l. c. p. 83.

Nerven ausübt. Zwar kommt ihnen je nach der Stärke der Kompression ein verschieden großes Quantum von Druck zu. Umgreift man sich selbst mit der einen Hand den Vorderarm ohne stärkeren Druck, so sieht man bald die Hautvenen sich strotzend füllen, die Hand wird dunkelroth, und man bekommt ein Gefühl von Schwere und Spannung. Übt man einen stärkeren Druck aus, so gesellt sich zu den obengenannten Erscheinungen noch das Gefühl von dumpfem Schmerz hinzu, der, wenn der Druck längere Zeit gedauert hat, eine kleine Parästhesie hinterlässt. Es handelte sich dann um Kompression der Venen wie der Hautnerven. Legt man sich einen stark angespannten Schlauch um den Arm, so verspürt man sofort außer an der Konstriktionsstelle noch einen nicht unbedeutenden innerlichen Schmerz in der Tiefe und empfindet ein Steifigkeitsgefühl in den Fingern, deren Bewegungen nur mit Mühe auszuführen sind; nach etwa 2 Minuten strahlt der Schmerz nach den Fingern zu aus, man fühlt eine Art Hitze in denselben. Inzwischen beobachtet man an der Haut Folgendes: die im ersten Moment normal aussehende Haut bekommt bald einen bläulichen Anflug, die Fingerspitzen werden bläulich blass, bald wird die Haut kleinfleckig, die blauen Flecken vergrößern sich, und etwa nach Minuten hat man vor sich folgendes Bild: die Finger leicht flektirt, ihre Spitzen blass, die Nägel bläulich, die Haut großfleckig, marmorirt; kneift oder sticht man in diesem Stadium die Haut, so fühlt man den Schmerz viel lebhafter, als unter normalen Verhältnissen; der Schmerz überdauert etwas die ihn verursachende Wirkung. Im 4. Stadium der sehr starken Kompression endlich wird die Haut blasser und blasser, und zwar von den Fingern gegen die Konstriktionsstelle vorschreitend, wo sie sich nur wenig durch ihre Farbe von der normalen unterscheidet. Zu guter Letzt sieht die Haut besonders an den Fingern todt, blass, durchscheinend, wie glasig aus. Dann fühlen die Pat. einen starken Schmerz an der Konstriktionsstelle, aber gar keinen an der Peripherie. Sticht man sie, so haben sie allein taktile Empfindung. Später verschwindet auch das, und die Pat. wissen gar nicht, was an ihnen vorgenommen wird. Immerhin unterliegt das Alles individuellen Schwankungen, da, wie Gottstein[18] richtig betont, »die Schmerzempfindung bei verschiedenen Menschen verschieden ist«.

Sonach manifestirt sich die Art der Konstriktionswirkung je nach der Stärke verschieden; zu allererst gestörte Ableitung aus den Hautvenen, dann gesellt sich dazu die Reaktion seitens der Hautnerven; im 3. Stadium haben wir Stockung im ganzen Venensytem, Kompressionserscheinungen seitens der oberflächlichen so wie tiefen Nerven und den gehinderten, aber doch fortdauernden Blutzufluss (aus der sich vergrößernden Cyanose der Haut zu urtheilen). Endlich im 4. Stadium der operativen Anästhesie vollständige Unterbrechung des Ab- wie Zuflusses des Blutes und der Nervenleitung. Somit ist die

[18] l. c. p. 415.

Wirkung des Schlauchanlegens keine einfache, sondern es wirken mehrere Momente zusammen. Selbst Esmarch[19] sagt: »In Folge der lokalen Ischämie und der Kompression der Nerven tritt eine lokale Anästhesie ein«. Aber auch ohne die Kompression der Nerven ist es physiologisch ganz gut denkbar, dass die Anämie anästhetisch wirken muss; denn mit der Stockung des Blutzuflusses tritt sofort ein Bluthunger der Gewebe ein mit der ihn begleitenden Abschwächung und bei Fortdauer der Anämie gänzliches Aufhören der Zellthätigkeit, das besonders bei den so empfindlichen Nervenendungen klar zu Tage tritt. Die Chirurgie giebt uns fast täglich Belege dafür. Beim Ausschluss eines Theils aus der Blutcirkulation (in Folge von Ligatur des blutversorgenden Gefäßes, bei Verletzungen etc.) beobachtet man gleichzeitig mit der Blässe auch die Empfindungslosigkeit des betroffenen Theils, und das Eintreten des Kollaterallaufs können wir schon früh aus der Wiederherstellung der Nervenperception erkennen.

»Der Blutabsperrung als solcher kommt ein anästhesirender Einfluss zu« sagt Honigmann[20]. Doch wissen wir, dass die schmerzstillende Wirkung der Nervenkompression nicht ohne Belang ist. Nach Wohlgemuth[21] führte James Moore 1784 eine Unterschenkelamputation schmerzlos aus, indem er gleichzeitig Nn. cruralis und ischiadicus komprimirte; heut zu Tage wird diese Wirkung zur Beschwichtigung neuralgischer Schmerzen benutzt. Auf eben diese Benutzung der Nervenkompression zu chirurgischen Zwecken beziehen sich die Worte Kappeler's, »dass sie nur noch der Geschichte der Chirurgie angehört«, keinesfalls auf das Princip des Schlauchanlegens, dessen Wirkung sowohl auf Anämie als Kompression beruht. Die Wirkung dieser Momente aus einander zu halten, wie es H. Braun will, ist unmöglich und eben so unmöglich zu taxiren, ob im betreffenden Falle mehr die Nervenkompression oder die Blutstockung zu Stande gekommen sei.

Durchaus unrichtig ist die Meinung Braun's, die Blutstromunterbrechung beanspruche viel weniger Schlauchdruck als die Nervenkompression. Die Arterien und die Hauptnervenstämme der Extremitäten liegen neben einander tief in den Weichtheilen, am Vorderarm und Unterschenkel geschützt noch durch den Zwischenknochenraum. Wird ein Druck ausgeübt, so erleiden alle Weichtheile, wie die in ihnen eingebetteten Gefäße und Nerven seine Wirkung; nur hat man bei den Arterien noch mit dem in ihnen herrschenden positiven Druck zu rechnen, dessen Widerstand doch nicht ohne Belang ist.

Wie oben geschildert, kommt es im 3. Stadium wohl zu Kompression aller Weichtheile, Nerven und Gefäße, und doch sieht man die Cyanose; d. h. die Arterien leiten noch — wenn auch wenig —

---

[19] l. c. p. 294.
[20] l. c.
[21] l. c. p. 83.

Blut zu, es kommt nicht zum vollständigen Verschwinden ihrer Lichtung. Alle den Schlauch anwendenden Autoren sagen ja, dass sie ihn fest anlegen.

Honigmann[22] betont: »Die Abschnürung muss eine feste und sichere sein. Lockert sich der Gummischlauch, so hört die Anästhesie mitunter vorzeitig auf«. Irrthümlich bemerkt H. Braun[23], man bedürfe sehr starker Abschnürung zur Erzeugung der Anästhesie; sie muss gerade so stark sein, wie es Die gebrauchen, die nach Oberst operiren. Sonst wird keine Anämie erzeugt, sondern venöse Hyperämie mit starker Schmerzhaftigkeit, wie bei Entzündungen (Pernice[24]). Auch ist die Beobachtung interessant, dass bei sehr blutreichen Geweben die Cocaininjektion versagt.

Die Anspielungen Braun's auf meinen Fall von Druckgangrän kann ich unbeachtet lassen.

Was die Schnelligkeit des Eintritts der Anästhesie betrifft, so sind Alle einig, dass sie erst nach einem gewissen Zeitabschnitt zu Stande kommt. So sagt Billroth[25], dass die Aufhebung der Cirkulation unter Umständen auch die Nervenleitung aufhebt, und wenn die lokale Anästhesie eintritt, so ist es »nicht unmittelbar«; auch sagt Bruns[26]: »Nach Ablauf von 15—20 Minuten ließ sich stets eine deutliche Herabsetzung der Sensibilität konstatiren, namentlich an den peripheren Enden«. Sie tritt auch meiner Beobachtung nach verschieden auf; man muss je nach den Umständen 10—15 Minuten warten (Manz[27], Gottstein[28]), und sie ist abhängig von der Größe des abgeschnürten Gliedabschnitts.

Dass die Anästhesie stets am peripheren Ende der Extremität entsteht und dass sie am schwächsten in der Nähe der Konstriktionsstelle zu Tage tritt, ist richtig; die Erklärung aber, die H. Braun dafür giebt, scheint mir wenig stichhaltig. Gerade der Satz, den Braun zum Beweis der Richtigkeit der von ihm so bekämpften Meinung, die Konstriktionsanästhesie sei eine reine Kompressionsanästhesie, anführt, ist am wenigsten richtig. Braun sagt: »Diese Theile (in der Nähe der Konstriktion) sind eben so anämisch wie die peripheren«. Die oftmalige Beobachtung zeigte mir, wie oben angeführt, dass die Blässe von den Fingern gegen die Konstriktionsstelle immer zunimmt, und dass an letzter Stelle die Hautfarbe sich wenig von der normalen unterscheidet. Die Erklärung dafür ist nicht schwer: in den Blutgefäßen herrscht bekanntlich immer ein positiver Druck, in den Arterien bedingt durch die Herz-

---

22 l. c.
23 l. c. p. 1067.
24 l. c.
25 Erfahrungen über die Esmarch'sche Methode der Blutleere etc. Wiener med. Wochenschrift 1873. No. 29.
26 v. Langenbeck's Archiv Bd. XIX. Hft. 4. p. 680.
27 l. c.
28 l. c. p. 412.

kontraktion, in den peripheren Venen durch die vis a tergo. Wird nun ein Körpertheil umschnürt, so wirkt im nächsten Moment in den Arterien des abgebundenen Theils noch der eben aus dem Herzen erhaltene Impuls. Das zugeflossene Quantum Blut sucht in Folge dieses Impulses durch die Kapillaren sich in die Venen weiter centripetal zu bewegen; es sammelt sich in den dem Centrum nächstgelegenen Partien, nämlich an der Konstriktionsstelle, an, wo wir eine relative Hyperämie konstatiren können. Durch solche relative Hyperämie ist auch das Nichtzustandekommen der Anästhesie an dieser Stelle zu erklären, keinesfalls durch die Nervenkompression.

Kurz, meine Beobachtung und die oben angeführte Erörterung tragen meiner Meinung nach genügend zur Bestätigung der Ansicht derjenigen Autoren (Ziégard[29], Esmarch) bei, die annehmen, dass die anästhesirende Wirkung des Schlauchanlegens auf der Anämisirung der Gewebe und der Kompression der Nerven beruht, keinesfalls bloß durch einen dieser Faktoren bedingt ist.

Es ist eigentlich irrelevant, wie man diese Anästhesie beweisen will, ob man die Kompression oder die Blutleere bei der Bezeichnung bevorzugen will. Die Blutleere wurde dabei von mir desshalb bevorzugt, weil das Wort »Blutleere« allen Chirurgen geläufig ist, und weil man darunter die Esmarch'sche Blutleere mit Schlauchanlegung versteht; dazu ist bei dieser Methode die Blässe der Gewebe, ihre Blutleere, das am meisten ins Auge Springende.

Zum Schluss noch einige Worte über die Ergebnisse der Braunschen[30] Versuche: seine unter 1) und 3) angeführte Meinung über anästhetische Wirkung ausschließlich der Kompression und Inabredestellung der Anämie ist oben genügend diskutirt worden;

ad 2) die specifisch lähmend wirkenden Stoffe wirken desshalb bei gleichzeitiger Stromunterbrechung intensiver (sic!), weil die Nerven so wie so schon durch den letzten Umstand und durch das Abwarten in ihrer Sensibilität gelähmt sind, die Stoffe auf schon gelähmte Nerven wirken und ihre Resorption verhindert wird. Die Wirkungsdauer der lähmenden Stoffe währt höchstens 10 Minuten (Pernice[31]); und trotzdem konnte Gottstein[32] unter Oberst'scher Lokalanästhesie fast 1 Stunde gänzlich schmerzlos operiren (Pirogoff'sche Operation); ist das nicht der beste Beweis für die Wirkung der Konstriktion, die die des Cocains weit überdauert hat?

ad 4) die Angst, das Glied so zu umschnüren, dass Anästhesie eintritt, ist übertrieben. Man legt ja die Schnur wie bei Esmarch an, und da, sagt Bruns, »kam in keinem Falle eine nachträgliche Bewegungsstörung oder gar komplete Lähmung zur Beobachtung«. Besonders kann man allen Unannehmlichkeiten vorbeugen, wenn man die Umschnürungsstelle mit einer feuchten Kom-

---

[29] Kappeler, Anästhetica p. 212.
[30] l. c. p. 1069.
[31] l. c.
[32] l. c.

presse umwickelt, auch lege man nicht den Schlauch um die Fingerbasis, sondern um höher gelegene Abschnitte der Extremität. Die Umschnürung ist keinesfalls eine so unbequeme oder unerträgliche Beigabe des lokalanästhetischen Verfahrens, wie es Braun hinstellt (Gottstein[33], Manz[34]).

Meiner Überzeugung nach basirt die Wirkung der Oberst'schen Methode auf dem Verlust der Nervenempfindlichkeit in Folge von Abschnürung des zu operirenden Theils und der Cocaininjektion; da aber das Abwarten nach der Konstriktion selbst erfolgreich ist, so ist das Cocain ohne Belang. Ich behaupte weiter ausdrücklich, dass, wo das Cocain wegen der großen Injektionsschmerzhaftigkeit (Entzündungen) ohne Blutleere nicht angewandt werden kann (Pernice[35]), die Wirkung allein der Konstriktion zu verdanken und nur durch sie bedingt ist; »erst seitdem wir uns der Konstriktion bedienen, sind unsere Erfolge günstige«, sagt Pernice. Ja, ich gehe noch weiter und sage, dass bei Oberst'schen Operationen, die länger als 8—10 Minuten dauern, die Anästhesie bloß auf die Wirkung der Blutleere zurückzuführen ist.

---

1) E. Payr. Beiträge zum feineren Bau und der Entstehung der carpalen Ganglien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 329—456.)

Die außerordentlich fleißige und tüchtige Arbeit beruht auf der histologischen Untersuchung von 13 exstirpirten Ganglien. Eine gründliche Berichterstattung ist in unserem Blatte nicht möglich, es muss genügen, die wichtigsten Schlussresultate P.'s anzudeuten. P. glaubt die Ganglien nicht als wahre Neubildungen bez. Kystome gelten lassen zu können, sondern bezeichnet sie als traumatisch-entzündliche Erweichungscysten im paraartikulären Bindegewebe. Die Erweichungsdegeneration des Bindegewebes kennzeichnet sich durch eine Blaufärbbarkeit mit Hämatoxylin, und finden sich inter- wie intracellulär blaufärbbare kleine Granula. Dabei entwickeln sich feinste Spalten und Lücken zwischen den Zellen, wodurch Hohlräume entstehen. Verwandlung des Bindegewebes in Hyalin ferner giebt Bilder hyaliner sekretorischer Massen. In allen Stadien des Degenerationsprocesses auftretende Wanderzellen nehmen von dem Zellendetritus in sich auf und werden zu »Fettkörnchen« oder »Detrituszellen«. Alle diese verflüssigten Zerfallsprodukte wandern dem Ganglionhohlraum zu, dessen Inhalt vermehrend. Von besonderem Interesse sind die in der Ganglienflüssigkeit zu findenden Riesenzellen. P. betrachtet dieselben als Fremdkörperriesenzellen, entstanden um die vorhandenen schleimigen, colloiden etc. Substanzen. Gefäß-

---

[33] l. c.
[34] l. c.
[35] l. c.

veränderungen (namentlich Mediaverdickungen und Lichtungsverengungen), dessgl. Blutungen, wie sie Ledderhose beschrieb und als wichtig hervorgehoben hat, fand P. ebenfalls. Doch sieht er sie als sekundär entstanden an in Folge von Cirkulationsstörungen um das Ganglion, das seitlich drückend wirke. Völlige Gefäßverschlüsse fand P. nicht. Eben so wenig fand er in dem den Ganglien benachbarten Fettgewebe bemerkenswerthe Abnormitäten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **E. Lexer.** Zur Kenntnis der Streptokokken- und Pneumokokkenosteomyelitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVII. Hft. 4.)

Bei Streptokokkeninfektionen fehlte bisher das Bild größerer Sequestrationen und ausgedehnter Phlegmonen des Knochenmarks, um dies Krankheitsbild der akuten Staphylokokkenosteomyelitis vollkommen ähnlich zu gestalten. L. fand an einigen Fällen in der v. Bergmann'schen Klinik nun auch diese Erscheinungen. Bei dem einen der Kranken sah L. die Farbe des Eiters hell und etwas grünlich; der Eiter selbst war dünnflüssig und das ganze entzündete Knochenmark schmutzig verfärbt. Er möchte dies vielleicht als Charakteristicum der Streptokokkeninfektion ansehen. Von den weiter geschilderten Fällen ist einer interessant durch den Nachweis, dass auch der Streptococcus größere Sequestration verursachen kann, ein weiterer, von Nasse beobachteter dadurch, dass bei einer durch Streptokokken verursachten Pyämie das Knochensystem mitergriffen wurde. Sehr interessant sind dann noch 4 Fälle, welche eingehend kritisch geschildert sind, und bei denen als das wesentlichste Symptom der Streptokokkenosteomyelitis die Gelenkeiterung in den Vordergrund sowohl der klinischen, wie auch der pathologischen Erscheinungen tritt. Eine weitere hierher gehörige Gruppe ist diejenige, bei welcher Gelenkeiterungen ohne nachweisbaren primären Knochenherd bestehen. Sie kommen meist bei Kindern vor und haben sowohl schleimigen wie eitrigen Charakter. Der Streptokokkenprocess steht hier dem durch Staphylokokken verursachten nicht an Intensität nach.

Diesen durch Streptokokkeninfektion verursachten Krankheitsbildern reiht L. 5 Fälle von Knochenmarksentzündungen an, deren Erreger der Fränkel-Weichselbaum'sche Pneumococcus ist, zu denen noch 2 frische Fälle kommen.

Therapeutisch sind bei den Streptomykosen frühzeitige Incisionen und Gelenkincisionen von gutem Erfolg. Die Funktion danach ist meist besser wie bei Gelenkinfektionen durch Staphylokokken. Ätiologisch spielen voraufgegangene Infektionskrankheiten keine Rolle. Der Ausgangsherd war einige Male aufzufinden, meist aber der Infektionsmodus unbekannt.

Verf. kommt nun zu der Überzeugung, dass pathologisch-anatomisch wie klinisch die Unterschiede zwischen Osteomyelitiden durch

Staphylokokkeninfektion wie durch Streptokokkeninvasion immer mehr schwinden, je mehr von den letzteren Fällen bekannt werden Bevorzugt wird von der Streptokokkenerkrankung das früheste Kindesalter.

Die von Klemm geforderte Trennung der Pneumokokkenosteomyelitis von den anderen Formen lässt L. nicht gelten, da sie sich an letztere in ihren Erscheinungen eng anschließt und auch sonst noch zu wenig bekannt ist. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

3) **H. Krapf.** Über den Knochenabscess.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1898.

K. versteht unter »Knochenabscess« einen »im Innern des Knochens vollkommen abgeschlossenen Eiterherd, der keine Neigung hat, sich weiter zu verbreiten oder zu verschieben, und der, einmal abgekapselt, auch nicht zu Fistelbildung zu führen pflegt« und liefert zum gewählten Kapitel 13 Beiträge, von denen 2 der Straßburger, 6 der Münchener, 5 der Erlanger chirurgischen Universitätsklinik entstammen. Nach Anführung der Krankengeschichten bespricht Verf. das klinische Bild und die Ätiologie. Der »Knochenabscess« hängt in allen Fällen mit der akuten Osteomyelitis zusammen und ist das eine Mal ein Überbleibsel, das andere Mal geradezu als eine besondere Form der akuten infektiösen Osteomyelitis anzusehen. Ref. glaubt auch an diesen Zusammenhang; namentlich die erstere Form mag so häufig sein, dass man nur wenig Litteratur über das Thema »Knochenabscess« findet, weil eben derartige Fälle einfach als Folgen alter Osteomyelitis angesehen und nicht veröffentlicht zu werden pflegen. **Winkelmann** (Barmen).

---

4) **O. Müller.** Beiträge zur Lehre von der Entstehung der Knorpelgeschwülste aus den bei der Knochenbildung übrig gebliebenen Knorpelresten.

(Sep.-Abdr. a. d. Archiv für Entwicklungsmechanik Bd. VI. Hft. 3.)

Verf. giebt in der vorliegenden, unter Hanau's Leitung ausgeführten Dissertation einen werthvollen Beitrag zum Studium der verschiedenen Formen von Knorpelgeschwülsten.

Veranlassung zu der Arbeit gab der Fall eines 1jährigen Kindes, bei dessen Autopsie sich neben hochgradiger Rachitis zum Theil schon enchondromartige Knorpelherde in mehreren Rippen und im Brustbein fanden.

Die mit allen Einzelheiten mitgetheilte histologische Untersuchung ergab neben den gewöhnlichen Erscheinungen der Rachitis an der Verkalkungszone des Knorpels die Bildung isolirter, durch Umgreifen der Markräume abgeschnürter Knorpelherde. Diese Knorpelinseln zeigten als sekundären Vorgang eine selbständige seitliche Wucherung: wie M. annimmt, in Folge Veränderung des Gewebsdrucks. Aus verschiedenen, hier nicht näher zu berührenden

Gründen nimmt Verf. ferner an, dass eine zeitweilige Unterbrechung des rachitischen Processes, charakterisirt durch eine stellenweise doppelte Verkalkungszone im Knorpel, eine Rolle bei der Bildung der Enchondromanlage gespielt habe.

Im Anschluss an diesen Fall untersucht Verf. das weitere Verhalten der im Knochen eingeschlossenen Knorpelherde und kommt zu folgenden Schlüssen, die größtentheils durch Beobachtungen Hanau's gestützt sind: In vielen Fällen handelt es sich um einfache Knorpelspangen oder kleinere Knorpelinseln, die noch nicht geschwulstartigen Charakter zeigen und entweder mit der Zeit verschwinden oder fortwachsen, so lange der Stammknorpel wächst. In anderen Fällen bilden sich kleine Enchondrome aus, die aber kein progredientes Wachsthum zeigen. Wenn sie nachträglich verknöchern, so bilden sie kugelige Enostosen. In anderen Fällen entstehen aus den Knorpelinseln durch seitliches Auswachsen die sog. kartilaginären Exostosen, deren Wachsthum an die Wachsthumsperiode des Individuums gebunden ist. In einer weiteren Gruppe von Fällen tritt unter dem Einfluss eines noch unbekannten Faktors ein unbeschränktes, geschwulstartiges Wachsthum auf, das entweder zur Bildung eines echten Enchondroms, oder, bei gesteigertem Wachsthum, eines weichen Myxochondroms, oder endlich eines bösartigen, metastasirenden Chondroms führt.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

5) **M. Chudovszky.** Beiträge zur Statistik der Knochenbrüche.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Verf.s Zusammenstellung ist mit 2366 Fällen die sechstgrößte der bisher existirenden Frakturstatistiken. In zahlreichen, übersichtlichen Tabellen werden die Vertheilung der Brüche auf die verschiedenen Knochen, auf Alter, Geschlecht und Körperseiten veranschaulicht, sodann die Frakturen im Einzelnen, speciell auch unter Berücksichtigung des Berufs der Kranken, der Entstehungsweise des Bruchs, so wie Art, Dauer und Erfolg der Behandlung erörtert und mit anderen Zusammenstellungen, namentlich der v. Bruns'schen Statistik verglichen. Um nur einige der angegebenen Zahlenwerthe anzuführen, so kommen 7,14% der Fälle auf die Knochen des Kopfes, 10,80% auf die des Rumpfes, 44,32 auf die obere und 36,79 auf die untere Extremität. Die meisten Frakturen entfallen auf das 3. Lebensdecennium; ihm folgen der Reihe nach das 4., 2., 5., 6., 1., 7.—9.; berechnet man indessen das Verhältnis der Frakturen zu der Bevölkerungszahl in dem betreffenden Lebensabschnitt, so fällt das Maximum auf das 4. und das Minimum auf die beiden ersten Lebensdecennien. Männer werden im Ganzen 4,2mal (nach v. Bruns 3,8mal) häufiger als Frauen befallen; was endlich die Vertheilung auf die Körperhälften anbelangt, so findet Verf. entgegen Malgaigne und übereinstimmend mit v. Bruns ein Überwiegen der linken Hälfte um 2,9%.

Honsell (Tübingen).

---

6) **Dumstrey** (Leipzig). Die fixirenden Verbände bei Unfallverletzten und ihre Nachtheile.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 10.)

Auf Grund von Erfahrungen und an der Hand einer Statistik macht Verf. für die abnorm lange Dauer der Heilung Unfallverletzter die fixirenden Verbände, besonders die zu lange liegenden, verantwortlich. Mit mobiler Behandlung würde man bei den meisten Verletzungen das erstrebte Ziel, anatomisch und funktionell zu heilen, am besten und schnellsten erreichen. Die Furcht vor Deformitäten dürfte nicht abschrecken; denn ohne Deformität heilen auch im fixirenden Verband Brüche nur selten. Auch Pseudarthrosen dürften bei mobiler Behandlung nicht häufiger sein als bisher. Verf. bespricht dann ausführlicher seine Behandlung des typischen Radiusbruchs und die erzielten Erfolge. — Wo fixirende Verbände nicht zu vermeiden seien, müsse ihre Ausdehnung und ihre Liegezeit auf ein Minimum beschränkt werden. **Teubner** (Hannover).

---

7) **E. Ullmann.** Beitrag zur Therapie der tabischen Arthropathie.

(Wiener med. Wochenschrift 1898. No. 25—28.)

Aus den Zusammenstellungen des Autors über chirurgische Eingriffe bei tabischen Gelenkleiden aus der Litteratur und 3 eigenen ausführlich mitgetheilten Erfahrungen ergiebt sich bezüglich der Resektionen: im Schultergelenk 1 Fall mit 1 Monat darauf gutem Heilungsverlauf, an der Hüfte 2 Resektionen mit vollem Erfolg (hierzu kommt noch ein dritter aus der Hacker'schen Klinik, von Lotheissen berichtet, mit ebenfalls gutem Erfolg, Ref.); am Fußgelenk 5 Resektionen, 3mal — darunter zwei eigene Fälle — mit günstigem Resultat, am Kniegelenk 9 Resektionen mit nur 1 günstigem Ausgang (4mal schlechtes Resultat, 2 Todesfälle). Amputationen sind in 13 Fällen ausgeführt, 8mal primär, 5mal sekundär. Von den 8 primären betreffen 3 den Oberschenkel, 2mal mit ungünstigem, 1mal mit unbekanntem Ausgang, 5 den Unterschenkel, darunter 3mal mit Heilung. Auch von den 5 sekundären Amputationen ist Gutes nicht zu berichten, da es dabei häufig zu Nachoperationen kam, so dass im Allgemeinen die Resultate der Amputation gegenüber der Resektion kaum besser sind. Der Autor kommt zu dem Schluss, dass bei der Wahl des Eingriffs außer dem Zustand des Gelenks nothwendig der Grad der Grundkrankheit mitbestimmend ist, zumal die Frage beantwortet werden muss, ob die Rückenmarkserkrankung nach gelungener Operation ein Herumgehen des Kranken noch erlaubt. Nur bei dieser Aussicht sind Resektionen gestattet. Im anderen Falle, eben so wo fortdauernd Eiterung den Kranken herunterbringt, wäre die Amputation indicirt, weil diese einen kleineren Eingriff bedeutet. Indess ist nur diese möglichst einzuschränken. Nach ausgeführter Resektion müssen Stützapparate

gegeben werden, um Recidiven, welche U. als nicht pathognomonisch auffasst, vorzubeugen. Auf vollkommene Konsolidirung, welche wohl nur ausnahmsweise eintreten dürfte, kann bei der Resektion von vorn herein verzichtet werden. **Herm. Frank** (Berlin).

---

8) **Bum.** Handbuch der Massage und Heilgymnastik. 2. durchgesehene Auflage.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1899.

In Folge der günstigen Aufnahme dieses Buches ist nach verhältnismäßig kurzer Zeit die 2. Auflage erschienen. Die neue Auflage bringt eine Besprechung der Herz'schen Excenterapparate, welchen B. eine dominirende Stellung in der Widerstandstherapie einräumt. In Bezug auf diesen Punkt gehen die Ansichten jedoch bereits aus einander. Im speciellen Theil ist das Kapitel, in dem die Übungstherapie der Ataxie besprochen wird, erweitert. Außer den Frenkel'schen Vorrichtungen werden die Apparate von Goldscheider, v. Leyden und Jacob erwähnt. Der Raum, den diese Besprechungen in Anspruch nehmen, ist durch Kürzung an anderen Stellen gewonnen worden, so dass der Umfang des Buches der gleiche geblieben ist. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

9) **G. Zander** (Stockholm). Einige Bemerkungen anlässlich der von Privatdocent Dr. Max Herz in Wien herausgegebenen Broschüre »Neue Principien und Apparate der Widerstandstherapie«.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VI. Hft. 2.)

Z. bestreitet, dass die Widerstandstherapie jetzt erst wissenschaftlichen Boden gewinnt, seitdem Herz begonnen habe, die Schwankungen der Zugkraft der Muskulatur in verschiedener Stellung des Gelenks dynamometrisch zu bestimmen. Von einer Verwerthung derjenigen Kurven, welche diese Schwankungen zur Anschauung bringen (d. h. der Gelenk-Muskeldiagramme), und von der Konstruktion der Herz'schen Excenterapparate sei in praktischer Hinsicht nichts gewonnen. An letzteren arbeite die Muskulatur mit maximaler Anspannung gegen einen wachsenden Widerstand. Dagegen werde an Z.'s Apparaten durch die Anbringung des Hebels ein gleichmäßiger Widerstand ausgeübt und derjenige Wechsel im Widerstand hervorgerufen, welcher von dem jeweiligen Wechsel der Muskelkraft erfordert wird. Die Anwendung der Gymnastik als Heilmittel sei außerdem ganz von der Willigkeit, der Willenskraft und der individuellen Verschiedenheit der Pat. abhängig.

J. Riedinger (Würzburg).

---

10) **C. Bötticher** (Gießen). Über den Werth des Fahrrads für Amputirte und Resecirte.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 37.)

B. berichtet über einen Pat., der trotz vollständiger Steifigkeit seines vor vielen Jahren arthrektomirten rechten Kniegelenks sich auf dem Zweirad, dessen rechtsseitiges Pedal festgestellt ist, vorzüglich fortbewegen kann. Verf. glaubt desshalb, dass Amputirte auch mit einfachem Stelzfuß sich des Fahrrades gut bedienen könnten, wenn an selbigem das festgestellte Pedal durch Verbreiterung eine genügende Stützfläche für die Stelze erhielte. **Kramer** (Glogau).

---

11) **P. v. Bruns.** Die Neubildungen in der Luftröhre.

(Sonder-Abdr. a. d. Handbuch der Laryngologie u. Rhinologie von P. Heymann.) Wien, **A. Hölder,** 1898. 42 S. 10 Abbildgn.

Verf. hat sich der mühevollen Arbeit unterzogen, die bisher veröffentlichten Fälle von Luftröhrengeschwülsten zusammenzustellen und kritisch zu sichten, und giebt nun auf Grund der 147 vorliegenden Beobachtungen eine eingehende Monographie dieser seltenen Neubildungen.

Die gutartigen Geschwülste sind mit 102 Fällen vertreten, von denen 23 fibröse Polypen und 33 Papillome betreffen. Die übrigen Beobachtungen vertheilen sich auf die Lipome, Chondrome Osteome, Lymphome, Adenome und auf die 4mal von v. B. selbst beobachteten intratrachealen Strumen.

Unter den bösartigen Geschwülsten sind die Sarkome mit 14 Fällen vertreten. Die Geschwülste nahmen meist die hintere und seitliche Wand des oberen Luftröhrentheils ein. Der Verlauf ist bisweilen sehr langsam und kann sich über 20 Jahre erstrecken. Sehr bösartige Formen scheinen seltener zu sein. Relativ häufiger ist das Carcinom, das sich in 31 Fällen fand — nach Abzug der sekundär auf die Luftröhre übergreifenden Schilddrüsen- und Speiseröhrenkrebse. Der primäre Luftröhrenkrebs ist bald mehr flach — infiltrirend, bald mehr knollig, umschrieben; bald endlich von papillärer Form. Ausnahmsweise kann es sich, wie in einem von v. B. selbst beobachteten Falle, um krebsige Entartung eines intratrachealen Kropfes handeln. Am häufigsten ist die Hinterwand der Luftröhre der Sitz des Carcinoms. Nur in wenigen Fällen fanden sich krebsig erkrankte Lymphdrüsen. Metastasen in anderen Organen wurden ebenfalls nicht häufig beobachtet. Die Dauer der Krankheit, vom Beginn der Athembeschwerden an gerechnet, schwankte zwischen 1 Monat bis zu 2 Jahren.

Bemerkenswerth ist, dass in der Luftröhre 30% der Geschwülste bösartig sind, im Kehlkopf dagegen 12,6%.

Bezüglich der Symptome stehen Athemnoth und Stenosengeräusch im Vordergrund, beide aber oft erst spät eintretend. Die Stimme ist meist unverändert oder nur abgeschwächt, wenn nicht in Folge

von Mitbetheiligung des Kehlkopfs oder des Recurrens Heiserkeit besteht. Die nach hinten gestreckte Kopfhaltung und das geringe inspiratorische Herabsteigen des Kehlkopfs bei Tracheostenose sind nach v. B. unzuverlässige Symptome. Sekundär entstehen diffuse Bronchiektasien, Emphysem, Atelektase. Der Tod erfolgt durch Erstickung, ehe es bei Carcinomen zu eigentlicher Kachexie kommt. Die Diagnose lässt sich mit Hilfe des Kehlkopfspiegels und des Kirstein'schen Spatels meist mit Bestimmtheit stellen. Schwieriger schon ist die Differentialdiagnose zwischen den einzelnen Geschwulstformen, im Besonderen zwischen Sarkom und Carcinom. Ersteres ist meist umfänglicher, aber viel seltener ulcerirt als letzteres.

Bezüglich der Behandlung kommt — für inoperable Fälle — die Palliativbehandlung in Frage, die in der Regel in der Tracheotomie besteht — natürlich wo möglich unterhalb des Sitzes der Neubildung.

Die Radikalbehandlung kann unter ganz besonders günstigen Verhältnissen auf endotrachealem Wege versucht werden, wenn wenigstens die Geschwulst im Bereich der obersten Trachealringe sitzt, und wenn es sich um gutartige Neubildungen handelt.

In der Mehrzahl der Fälle ist die Exstirpation mittels Tracheotomie das allein geeignete Verfahren. Man beginnt mit einer ausgedehnten Tracheofissur, auf welche, nach Einführung einer Tamponkanüle, die Exstirpation der Geschwulst mit Messer und Schere und die Verschorfung der Exstirpationswunde folgt.

Nur in einem Falle des Verf. ist bisher die Resektion der Trachea zur Ausführung gekommen, nach welcher Pat. noch 6 Jahre lebte.

Den Schluss der Arbeit bildet ein reichhaltiges und übersichtliches Litteraturverzeichnis. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

12) **E. J. Moure.** De la trachéo-thyrotomie dans le cancer du larynx.

Bordeaux, **Feret et fils**, Paris, **O. Doin**, 1898. 20 S. 5 Abbildgn.

Verf., etwas Pessimist in Bezug auf die totale Kehlkopfexstirpation, empfiehlt dagegen dringend für beginnende Fälle von Kehlkopfkrebs die Entfernung der Neubildung nach vorgängiger Laryngofissur. Als Beleg werden 4 von M. operirte Fälle angeführt, von denen 2 als radikal geheilt angesehen werden können. Der 1. betrifft einen Pat. mit Carcinom des linken Stimmbandes, der nach der Operation seinen Beruf als Advokat wieder aufnahm und seit $6^1/_2$ Jahren recidivfrei ist. In einem 2. Falle hält die Heilung seit 5 Jahren an. Bei den 2 anderen Pat. trat nach anfänglich glattem Verlauf Recidiv ein. Die in dem einen der Fälle ausgeführte Recidivoperation war von einer bis zur Veröffentlichung der vorliegenden Arbeit, d. h. 7 Monate dauernden Heilung gefolgt.

Bezüglich der Technik führt M. nach ausgiebigem Hautschnitt erst die Tracheotomia superior aus, führt eine Trendelenburgsche Kanüle ein und spaltet dann durch einen kleinen Querschnitt die Membrana crico-thyreoidea und von da aufwärts, durch Medianschnitt, den Schildknorpel und die Membrana thyreohyoidea. Darauf wird der Kehlkopf aus einander geklappt, das obere Luftröhrenende — oberhalb der Kanüle — tamponirt und nun die Neubildung unter Erhaltung des gesunden Kehlkopftheils exstirpirt, und zwar nach M.'s Vorschlag mit schneidenden Instrumenten oder der Curette. Letzterer Vorschlag dürfte wohl nicht zu unterschreiben sein, da die Curette, so lange von radikalen Operationen die Rede ist, bei Carcinom verpönt sein sollte. (D. Ref.) Zum Schluss wird die Exstirpationswunde mit dem Thermokauter ausgiebig verschorft und dann der Kehlkopf wieder vernäht. Die Kanüle soll nach M. mehrere Monate getragen werden. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

13) **A. Klett.** Zur Behandlung der Thoraxverletzungen.

(Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 478.)

Während im Allgemeinen es bei Thoraxverletzungen zur Zeit als Kunstregel gilt, die frische Wunde sofort mit einem aseptischen Schlussverbande zu versehen, beobachtet v. Burckhardt in seinem Katharinenhospital in Stuttgart, wenigstens so weit es sich um Stichverletzungen handelt, den Grundsatz, die Wunde Behufs gründlicher Desinfektion genau zu revidiren, d. h. den Wundkanal Zwecks völliger Bloßlegung durch schichtweise Spaltung bis an sein Ende, unter Umständen also bis an die geöffnete Pleura oder den Herzbeutel, zu öffnen. Im Wege stehende oder durch die Verletzung halb getrennte Rippenfragmente werden dabei mit entfernt, eben so wie gequetschte und zertrümmerte Weichtheilfetzen. Nachdem dann die Blutung gestillt und der Kanal ausgewaschen, werden nichtpenetrirende Wunden unter Einlegung eines Drains genäht. Liegen penetrirende Wunden vor, so erlaubt der Eingriff das leichte Ablaufen in die Pleura geflossenen Blutes. Die Wunde wird dann weiterhin tamponirt, neben dem Tampon aber bis in die Brusthöhle reichend ein an seinem äußeren Ende abgebundener Drain eingeführt, der bei Eintritt einer Pleuraexsudation nach Entfernung der Abbindung zur Drainage gebraucht werden kann. Das geschilderte Verfahren gestattet die Ligatur etwa angeschnittener größerer Gefäße, es schützt vor den Gefahren eines Spannungspneumothorax so wie vor fortschreitendem Hautemphysem, führt aber bei den penetrirenden Verletzungen hier und da zu freiem Einströmen von Luft in die Brusthöhle, wenn auch durch Zuhalten der Pleuraöffnung mit Gaze diese Luftaspiration gut in Schranken gehalten werden kann. Indess ist der Schaden nicht groß; denn in allen Fällen verschwand der entstandene Pneumothorax in wenigen Tagen.

Die guten Resultate der v. Burckhardt'schen Behandlung ergeben sich aus folgenden Zahlen. Von 86 Stichverletzungen der

Brust waren 32 penetrirend, 54 nicht penetrirend. 51 der letzteren wurden in der beschriebenen Weise versorgt und heilten ohne Störung, die übrigen 3 wurden aus verschiedenen Gründen nicht »primär desinficirt«, genasen aber auch. Von den 32 penetrirenden Verletzungen wurden 28 primär desinficirt, von denen 20 ganz glatt genasen. Dagegen bekam einer eine Perikarditis, ein zweiter eine Pleuritis, einer musste wegen Hämothorax, 5 wegen nachfolgenden Empyems sekundär operirt werden. Doch wurden auch diese Kranken geheilt aus dem Spital entlassen. Bei 4 Pat. wurde, meist weil sie zu spät zugingen, die Desinfektion unterlassen. Einer derselben starb an jauchiger Pleuritis und Mediastitis.

Die kurzen Krankengeschichten der 28 penetrirenden und desinficirten Verletzungen so wie diejenige des gestorbenen Pat. sind beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

14) **Reineboth.** Der Einfluss der Erschütterung des Brustkorbs auf die Gefäße der Pleura und Lunge und ein Entstehungsmodus der traumatischen Hämoptoe. (Aus der medicinischen Klinik in Halle a/S.).

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 37.)

In Anlehnung an die Riedinger'schen experimentellen Untersuchungen über Commotio thoracica hat R. weitere Versuche angestellt, besonders solche, durch Erschütterung der einen Thoraxhälfte einen Unterschied in der Blutfüllung beider Lungen zu erzeugen. Ohne die Mitwirkung des Vagus, des Depressor und Sympathicus an dem Zustandekommen der Brusterschütterung in Abrede zu stellen, hält R. sich doch auf Grund seiner Beobachtungen zu der Auffassung berechtigt, dass für die Entstehung des Hauptsymptoms der Commotio, d. i. das Sinken des Blutdrucks, die plötzliche Gefäßerweiterung oder -Lähmung des Lungenkreislaufs und die dadurch beschränkte Blutzufuhr zum linken Ventrikel mit verantwortlich zu machen sei. Hiernach würde also bei einem Phthisiker, der eine Erschütterung des Brustkorbs erleidet und danach Hämoptoe bekommt, die letztere, d. h. die Gefäßzerreißung, nicht als direkte Folge des Traumas, sondern vielleicht als durch die der Erschütterung folgende, bis in den kranken Herd hineinreichende Gefäßlähmung bedingt zu deuten sei.

Kramer (Glogau).

---

15) **Voinitch-Sianojensky.** La péricardotomie et ses bases anatomiques.

(Revue de chir. 1898. No. 11.)

Die lesenswerthe Arbeit ergiebt als wesentliches Resultat der anatomischen und klinischen Untersuchungen des Verf., dass es unmöglich ist, eine einzige Methode der Perikardotomie zu empfehlen, dass vielmehr in jedem einzelnen Falle auf Grund genauer Diagnose des Zustands der inneren Organe, der ursächlichen Krankheit, welche

zu einem perikarditischen Erguss geführt, der bestehenden Komplikationen, so wie der Größe des Exsudats im Herzbeutel ein besonderes Verfahren zur Freilegung des letzteren gewählt werden muss, es daher vor Allem darauf ankommt, die Indikationen für die verschiedenen Methoden festzustellen. Aus diesem Grunde verzichten wir darauf, Einzelheiten der letzteren, auch eines vom Verf. an Leichen studirten Verfahrens hier hervorzuheben und empfehlen statt dessen Demjenigen, der in die seltene Lage kommt, eine Perikardotomie in Aussicht nehmen zu müssen, vorliegende Abhandlung zu lesen, die freilich selbst keinen neuen Fall einer solchen bietet.

Kramer (Glogau).

---

16) **E. Giordano.** Sulla nella del lembo per aggredin il cuore.

(Riforma med. 1898. No. 13.)

G. stellt an eine gute Methode der operativen Freilegung des Herzens nach Verletzungen folgende Anforderungen:

1) Sie muss sich mit möglichster Schnelligkeit ausführen lassen, da das Leben der Verletzten oft von einer Minute abhängt.

2) Die Bresche in der Thoraxwand muss weit sein, um eine genaue Untersuchung der Wunde und ein bequemes Hantiren zu gestatten.

3) Die Operation muss möglichst wenig Assistenz erfordern.

An der Hand der Litteratur und von Leichenversuchen kommt er zu folgenden Schlusssätzen:

1) Die vordere und seitliche Wand der Ventrikel und der Vorhöfe des Herzens sind von der vorderen Brustwand aus zugänglich; die Ventrikel und der linke Vorhof von der linken Seite, der rechte Vorhof von der rechten Seite aus.

2) Für die Naht der Ventrikel ist die Resektion einer einzigen Rippe, der 4. oder 5., je nach dem Sitz der Wunde, ausreichend. Es ist vollkommen überflüssig, auch einen Theil des Brustbeins zu reseciren.

3) Für die Naht der Vorhöfe ist die Resektion zweier Rippen nothwendig, der 3. und 4.

3) Die Methode der Wahl ist in diesem Falle die von Ninni (Bildung eines Haut-Knochenlappens im Bereich der 3. und 4. Rippe mit medialer Basis; die Rippen werden in der Mammillarlinie durchtrennt, in ihrer Brustbeinverbindung durch Aufklappung des Lappens luxirt).

5) Dieselbe Methode verdient den Vorzug, wenn man das ganze Herz freilegen will; die 5. Rippe ist dann noch in den Lappen hineinzunehmen.

6) Die Hinterfläche der Ventrikel ist zugänglich von der posterolateralen Seite des Brustkorbs.

7) In diesem letzten Falle ist die Methode der Wahl die Lappenbildung nach Rydygier im 7. Interkostalraum (Winkellappen mit der Basis nach innen unten am Rippenbogen). Wenn man nur

über einen einzigen Assistenten verfügt, so ist die Methode von Postempski vorzuziehen. (Rechteckiger Lappen mit der Basis nach unten. Dieser Lappen, heruntergeklappt, erhält sich von selbst in seiner Lage, während der in den Rippenknorpeln federnde Rydygier'sche Lappen zwar weniger Rippendurchschneidung, aber zu seiner Fixation einen eigenen Assistenten erfordert.)

W. Petersen (Heidelberg).

---

17) **H. Hohl.** Über die Beurtheilung von Fingerverletzungen in der Unfallpraxis mit besonderer Berücksichtigung der Fingerverluste.

Inaug.-Diss., Bern, **Staempfli,** 1897. 79 S.

Im ersten Theil seiner Arbeit bespricht Verf. kurz und übersichtlich, aber ohne wesentlich Neues zu bieten, die Ätiologie, die Häufigkeit und die statistische Vertheilung der Fingerverletzungen nach Berufsklassen, ferner die bei der Behandlung zu berücksichtigenden Grundsätze und endlich die Hauptregeln für die Untersuchung der Verletzten und die Abfassung von Gutachten.

Der zweite Theil enthält eine sich auf 340 Fälle von Fingerverletzungen erstreckende Kasuistik, mit jeweiliger Angabe der gewährten Rente. Die Fälle sind sämmtlich den Nachrichten des deutschen Reichsversicherungsamtes und denjenigen des k. k. Ministeriums des Innern in Wien entnommen.

Bei der Besprechung der auffallenden Verschiedenheiten in der Beurtheilung anscheinend gleichartiger Fälle weist Verf. auf die Wichtigkeit des Berufs, Alters und Geschlechts des Verunglückten hin und empfiehlt zur Bestimmung der Erwerbseinbuße die Zuziehung von Fachleuten. Zum Schluss untersucht er die physiologisch-anatomische Werthigkeit der einzelnen Finger und kommt, unter Berücksichtigung der bestehenden Procentsätze verschiedener Gesellschaften und auf Grund physiologischer Überlegungen, zu folgendem Resultat: Wird der Werth der Hand gleich 100 gesetzt, so kommt auf den Daumen 36%, auf den Zeigefinger 25%, den Mittelfinger 14%, den Ringfinger 10% und den Kleinfinger 12%.

Bei Verlust mehrerer Finger schlägt H. vor, nicht bloß die Werthe der einzelnen Finger zu addiren, sondern noch einige Procente zuzugeben, und zwar, seiner Meinung nach, 10% der Gesammtsumme der Werthe der verlorenen Finger.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

18) **E. Hiltbrunner.** Die Ischias und ihre Behandlung.

Inaug.-Diss., Bern, **Neukomm & Zimmermann,** 1898. 166 S.

Verf. bespricht auf Grund von 50 in der Kocher'schen Klinik beobachteten Ischiasfällen die Pathologie und die Therapie dieser Affektion. Bezüglich der Pathologie erwähnen wir nur den einen Punkt, dass die Kocher'sche Ansicht noch jetzt dahin geht, dass

es eine typische Form der Ischias scoliotica giebt, nämlich die Vor- und Seitwärtsneigung, resp. Verschiebung des Körpers nach der gesunden Seite. Diese Stellung wird bedingt durch die Miterkrankung der sensibeln Nerven im Gebiet des Erector trunci, der Glutaeen, des Quadratus lumborum etc. Die Kontraktion dieser Muskeln wird, weil schmerzhaft, vom Pat. vermieden, so dass die gesunde Seite das Übergewicht erhält. Die abweichenden Formen von Skoliose sind als Ausnahmen aufzufassen.

Bei der Besprechung der Therapie geht Verf. nach einem historischen Überblick zuerst auf die Hydro- und Balneotherapie ein. Von 21 in dieser Weise behandelten Ischiasanfällen (bei 16 Pat.) wurden 7 zum Verschwinden gebracht, 7 gebessert und 7 unbeeinflusst gelassen. Von den 7 Heilungen ist jedoch nur eine nicht von Recidiv gefolgt.

Die Kälteapplikation (Äther, Chloräthyl, Chlormethyl) kam zu wenig (4mal) in Anwendung, als dass Verf. Schlüsse aus den Resultaten ziehen möchte. Wenn er aber einleitend die Erfolge der Kälteanwendung als vorzugsweise »palliative Wirkung durch die Kälteanästhesie« auffasst, so dürfte diese Anschauung doch durch die nicht nur rasche, sondern in vielen Fällen andauernde Wirkung der Chloräthylbehandlung widerlegt werden. (Ref.)

Die Massage wurde bei 24 Pat. angewendet und brachte die Ischias 4mal allein, 2mal in Verbindung mit unblutiger Dehnung und 1mal mit Faradisation zum Verschwinden. In 11 Fällen wurde durch Massage, theils allein, theils in Verbindung mit anderen Heilverfahren, bloß Besserung erzielt, und 6mal hatte sie keinen Einfluss auf die Ischias.

Die Elektricität wurde bei 14 Pat. angewendet und erzielte — als alleinige Behandlung — 2 Heilungen durch den konstanten und 2 Besserungen durch den faradischen Strom. In Verbindung mit anderen Verfahren ergab sie 2 Heilungen und 4 Besserungen, so wie 4 Misserfolge.

Von subkutanen Injektionen kamen zur Anwendung: Karbollösungen (4—5%) 2mal erfolglos, 2mal mit Besserung, Osmiumsäureinjektionen 1mal mit vorübergehendem Erfolg, Antipyrininjektionen 1mal mit Besserung, 1mal erfolglos.

Die unblutige Nervendehnung besserte 3 Fälle, blieb 1mal wirkungslos und hatte bei 1 Pat. Verschlimmerung zur Folge.

Die blutige Nervendehnung wurde bei 13 Pat. ausgeführt, von denen 2 erst in der Glutaealfalte und später noch in der Kniekehle operirt wurden. Bei 5 Pat. wurde eine dauernde, vollständige, wenn auch nicht immer an die Operation unmittelbar sich anschließende Heilung erzielt. 2mal trat bei anfänglicher Heilung — 1mal erst nach 3 Jahren — ein Recidiv auf; in 2 weiteren Fällen konnte Fortdauer der beim Spitalaustritt bestehenden Heilung nicht nachgewiesen werden; 2mal endlich wurde wesentliche Besserung beobachtet. In 2 Fällen endlich trat nach der Operation eine akute

Verschlimmerung auf, 1mal mit Besserung nach $1^1/_4$ Jahr, im 2. Falle mit Verschwinden der Schmerzen nach 3 Wochen.

Verf. kommt auf Grund dieser Resultate zu dem Schluss, dass die blutige Nervendehnung bei Ischias den übrigen Behandlungsmethoden für chronische Fälle würdig an die Seite gestellt werden darf und bei eingewurzelter Ischias, die anderweitiger Therapie widerstanden hat, den Vorzug vor allen übrigen Methoden verdient.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

19) **Wieting.** Zur Technik und Anwendung des Geh-Gipsverbands, besonders bei Coxitis.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VI. Hft. 2.)

W. bevorzugt bei der ambulatorischen Behandlung der Coxitis den Gipsverband, ohne der Apparatbehandlung ihren Werth abzusprechen. Die Anlegung des Verbands erfolgt am besten in vertikaler Suspension. Außer dem Vorschlag des Referenten fand Verf. in Bezug auf diesen Punkt nirgends etwas erwähnt. Das Verfahren, welches in der Abtheilung von Sick im Neuen Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf zur Anwendung kommt, besteht darin, dass die Kinder während der Anlegung des Verbands in einer Filzhose nach Art einer Badehose suspendirt werden. Dabei ruht das Körpergewicht auf den Tubera ischii. Die Filzhose ist oben an einem eisernen Ring befestigt, welche in einem Beely'schen Holzrahmen schwebt und die ganze Person trägt. Der Verband wird über die Filzhose angelegt. Dem Pat. kann man durch Einlegen in eine Sayre'sche Kopfkappe event. mehr Halt geben. Mittels Gewichten wird ein Zug an den Beinen ausgeübt, und zwar wird auf der kranken Seite die gewöhnliche Heftpflasterextension benutzt. In den Verband wird ein Gehbügel eingelegt, der möglichst hoch am Oberschenkel beginnen soll. Kniegelenk und Unterschenkel schweben im Bügel. Es ist einleuchtend, dass bei der Anlegung von Hüftverbänden die vertikale Suspension mit Extension Vortheile vor der horizontalen Lagerung hat, und das Verfahren W.'s ist als ein einfaches und praktisches zu bezeichnen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

20) **Blencke.** Ein Beitrag zur Lehre der Kontrakturen und Ankylosen im Hüftgelenk und deren Behandlung, besonders auf blutigem Wege.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VI. Hft. 2.)

Nach einem allgemeinen Theil über die Entwicklung der Lehre von den Kontrakturen und Ankylosen im Hüftgelenk und den Methoden ihrer Behandlung bringt B. eine nach den Operationsmethoden geordnete, tabellarische Zusammenstellung von 261 Fällen aus der Litteratur. Die Arbeit soll nach der Intention des Verf. eine Fortsetzung der bekannten Rosmanit'schen Arbeit sein. Die

Vortheile und Nachtheile der einzelnen Operationsmethoden werden in übersichtlicher Weise geschildert. In Bezug auf die Sterblichkeit und die Resultate der Operationen im Bereiche des Knochens, von denen die lineäre Osteotomie, die schräge Osteotomie und die Osteotomia pelvitrochanterica hinsichtlich ihrer Erfolge am meisten in Betracht kommen, muss auf die Arbeit selbst verwiesen werden. Auch die doppelseitige Hüftgelenksankylose wird besprochen unter Zugrundelegung von 27 Fällen, welche in der Litteratur zu finden waren.

J. Riedinger (Würzburg).

---

21) **Doebbelin.** Zur Behandlung der frischen Kniescheibenbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 461.)

D. berichtet über die von König in der Berliner Charité während der letzten 2 Jahre an 9 Fällen geübte Behandlung des Kniescheibenbruchs mittels aseptischer Naht. Durch Bogenschnitt von einem Femur condylus zum anderen wird die Haut und die subkutane Fettschicht durchschnitten und durch Zurückschlagen des Hautlappens der Bruchspalt freigelegt. Flüssiges Blut und Blutgerinnsel werden, so weit sie nicht von selbst hervorquellen, vorsichtig mit Instrumenten und Tupfern aus dem Spalt beseitigt. (Keine Digitalexploration, keine Irrigation des Gelenks!) Die Fragmente werden durch zwei starke Nähte, entweder 2 Katgutfaden oder einen Seiden- und einen Katgutfaden, zusammengebracht. Die mit einem Pfriem angelegten Bohrkanäle gehen von der vorderen Fläche der beiden Bruchstücke schräg nach hinten und der Mitte, sie münden dicht an der Grenze zwischen Bruchspalt und Knorpel im Bruchspalt. Die gewöhnlich in den letzteren eingeschlagenen Weichtheile werden herausgeholt und mit Katgut exakt vereinigt. Ein Theil der mit Seide und Katgut geschlossenen Hautwunde bleibt entweder in der Mitte oder an den Wundwinkeln offen. Das Bein wird in Streckstellung verbunden, geschient und erhöht gelagert. Der erste Verband liegt in der Regel 10—14 Tage. Jede Berührung des eröffneten Gelenks mit Fingern und Tupfern wird möglichst gemieden, vielmehr thunlichst nur instrumentell gearbeitet.

Die 9 mitgetheilten Krankengeschichten bieten eben so wie die ihnen beigegebenen Röntgenbilder der geheilten Brüche wenig Abwechslung. Betroffen waren 8 Männer, 1 Frau; alle Brüche waren unkomplicirt, 6mal lag völlige Strecklahmheit, 3mal Streckschwäche vor. Der Heilungsverlauf war 6mal fieberlos, 3mal traten leichte abendliche Temperatursteigungen in den ersten Tagen nach der Operation ein. Die ersten Gehversuche wurden durchschnittlich 6 Wochen nach der Operation gemacht. In 7 Fällen ist eine totale knöcherne Vereinigung erfolgt, ein Mal waren die Fragmente nur durch eine schmale knöcherne Brücke verbunden, aber nicht gegen einander beweglich, und im letzten Falle kam es zu einer nur binde-

gewebigen Vereinigung, die sich im Laufe eines Jahres nicht dehnte. Auch diese zeigte aber zuletzt beginnende Verknöcherung. Callusbildung meist nur gering. Die Gebrauchsfähigkeit der verletzten Glieder ist durch die Operation in allen Fällen vollkommen wieder hergestellt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

22) **Drenkhahn.** Ein Versuch der Behandlung des Plattfußes mit Heftpflasterverbänden.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VI. Hft. 2.)

Über den rechtwinklig gebeugten und supinirten Fuß werden breite Heftpflasterstreifen gelegt, welche auf dem Fußrücken beginnen, über den äußeren Fußrand und die Fußsohle zum inneren Fußrand verlaufen, um von dort nach der Außenseite und dann nach der Innenseite der Wade spiralig aufwärts zu steigen. D. sah einige günstige Erfolge nach der Anlegung solcher Verbände.

J. Riedinger (Würzburg).

---

23) **Thilo** (Riga). Zur Behandlung des Klumpfußes, Gipsverband mit Eisensohle und Filzpolsterung, Übungen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VI. Hft. 2.)

Der Applikation des Verbands geht die Korrektion des Fußes auf blutigem oder unblutigem Wege voraus. Die Eisensohle, welche vorn eine senkrechte Platte zur Aufnahme der großen Zehe trägt, so wie einen abnehmbaren, in querer Richtung verlaufenden, zweiarmigen Eisenhebel zum Halten des Fußes während der Erhärtung des Gipses, dient zur Festigung des Gipsverbands. Auf die Eisensohle kommt eine Filzsohle zu liegen und darüber eine weitere aus zwei Theilen bestehende Lage Filz, deren vorderer und hinterer Theil so breit sein müssen, dass sie den Fußrücken und den Unterschenkel umschließen können. Vor der Anlegung der so vorbereiteten Sohle wird der Fuß und der Unterschenkel mit einem Strumpf bekleidet. Darüber werden die Filztheile befestigt, und nun wird der Gipsverband angelegt. Der Eisenhebel kann auch mittels einer Schnur am oberen Ende des Gipsverbands befestigt werden. Nach dem Anlegen des Gipsverbands werden die Beine hochgelagert. Hierbei müssen die Kniegelenke gebeugt erhalten werden, damit eine Entspannung der Wadenmuskeln eintritt. Außerdem lässt T. mehrmals täglich aktive und passive Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk vornehmen. Zur Nachbehandlung dienen überkorrigirende Schienen, Massage und Übungen, welch letztere näher beschrieben werden. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

24) **U. Belelli.** Il processo Moreschi per la cura delle ulceri varicose delle gambe.

(Clinica chirurgica. 1898. No. 3.)

B. empfiehlt auf Grund seiner Beobachtungen als Mitarbeiter den Vorschlag Moreschi's (cf. Referat in diesem Blatt 1895 p. 284), zur

Heilung der varikösen Unterschenkelgeschwüre je einen bis auf die Fascie gehenden cirkulären Schnitt oberhalb und unterhalb des Geschwürs zu führen und sämmtliche Hautgefäße zu unterbinden. Außer den eigenen Fällen von Moreschi haben solche von Catterina, Turazza u. A., durchaus mit gutem Erfolg, das Verfahren als praktisch bewiesen. Die Venen obliteriren, die Geschwüre heilen. Eine Schädigung der peripheren Sensibilität findet nicht statt.

Ein Einwurf wurde erhoben: es bleibt die Möglichkeit tiefer Varikositäten bestehen. Deshalb hat Moreschi in der letzten Zeit die folgende Modifikation versucht. 1—2 cm oberhalb der Knöchel ziehen die die 3 Arterien (Tibialis antica, postica, peronea) begleitenden paarigen Venen, so seicht unter der Unterschenkelfascie, dass ihre Freilegung und Unterbindung mühelos ist. Es hängt vom speciellen Befund ab, ob und wie viele der Venen zu unterbinden sein werden. **J. Sternberg** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Hämorrhagischer Lungeninfarkt nach Radikaloperation einer freien Hernie.

Von

Prof. Dr. **Carl Bayer** in Prag.

Bekanntlich hat Pietrzikowski[1] die Anschauung Gussenbauer's über die Ätiologie der Pneumonien nach Lösung incarcerirter Hernien — zu erklären durch Fortschleppung von Thromben der Mesenterial-, Darm- und Netzvenen — experimentell zu stützen gesucht, und hat in der Folge Schloffer[2] diese Theorie durch bakteriologische Versuche ergänzend bestätigt. Mag es wohl auch Fälle geben, in denen die komplicirende Lungenentzündung als Schluckpneumonie aufzufassen ist, wie schon Pietrzikowski betont und Lesshaft[3] durchweg anzunehmen geneigt ist; mag es auch ferner Fälle geben, wo geringe, vorübergehende oder kaum diagnosticirbare »Peritonitiden« die Möglichkeit einer »metastatischen« Pneumonie nicht ganz ausschließen lassen (Fischer-Lewy[4]), so viel steht heute fest, dass eine ganze Reihe, wohl die Mehrzahl dieser Pneumonien nach Operationen eingeklemmter Brüche embolischen Ursprungs sind.

Es ist mir aber, so weit ich die Litteratur überblicke, nicht bekannt, dass auch nach Radikaloperationen nicht incarceriter Hernien als unmittelbare Komplikation Lungeninfarkt beobachtet worden ist.

Ich habe nun einen solchen Fall erlebt und möchte mir erlauben, über denselben in Folgendem zu berichten.

---

[1] »Über Beziehungen der Lungenentzündung zum eingeklemmten Bruche« (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 18. Kongress, 1889, p. 217).

[2] »Bakteriologische Bruchwasseruntersuchungen mit Rücksicht auf die die Brucheinklemmung komplicirende Pneumonie« (Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XIV, Hft. 3. p. 813).

[3] »Über die nach Lösung incarcerirter Hernien auftretenden Lungenerscheinungen« (Virchow's Archiv Bd. CXXIII. p. 335).

[4] »Zwei Fälle von incarceriter gangränöser Hernie mit komplicirenden Pneumonien etc.« (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXXII).

P. J., 22 Jahre alter Arbeiter. Linksseitige freie funikulare Leistenhernie; offener Leistenkanal rechts ohne Bruchsack. Radikaloperation am 9. December 1898 im Spital der Barmherzigen Brüder. Chloroformnarkose. Links findet sich ein handschuhfingergroßer Bruchsack mit zahlreichen leistenförmigen, querverlaufenden Vorsprüngen der Innenfläche. Die Operation besteht, wie sonst auch immer, in Durchstechungsligatur des isolirten Bruchsackhalses, Ausschälung und Abtragung des Bruchsacks und tiefer, exakter Kanalnaht über dem symphysenwärts angespannten Funiculus (versenkte Seidennaht, darüber Haut-Fasciennaht).

Rechts ist nur ein offener Leistenkanal vorhanden und wird ohne Spaltung seiner Wand durch einige die Aponeurose einstülpende versenkte Nähte verschlossen, so dass der Funiculus eben durchgeht.

Schon am nächsten Tage (am 10.) stieg die Temperatur früh auf 38,6°, Abends 39°, und hustete der Kranke viel. Am 11. frisches und geronnenes Blut im Auswurf. Temperatur früh 37,7°, Abends 38°. Man konstatirt durch physikalische Untersuchung rechts hinten im Unterlappen circumscripte Dämpfung und bronchiales Athmen. Unter Abnahme der Temperatur läuft die Lungenaffekion bis zum 18. typisch ab. Der Verband wird am 7. Tage nach der Operation entfernt; es ist tadellose prima intentio beiderseits zu konstatiren.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass es sich in diesem Falle um einen hämorrhagischen Infarkt gehandelt hat. Da die Hernie links frei war, und ein Eingeweide überhaupt nicht zu Gesicht kam, muss man die Ablösung des Plexus für das Zustandekommen der Embolie verantwortlich machen; bei dieser Procedur finde ich es in der Regel unerlässlich, einige kleine Verbindungsvenen zu ligiren, welche von den accessorischen Hüllen zum Plexus hin ziehen. Von da aus mag der Thrombus stammen. Die rechte Seite kommt überhaupt nicht in Betracht, nachdem hier der Funiculus gar nicht berührt worden ist.

Partielle Thrombosen des Plexus hat wohl jeder Chirurg, der viele Hernien radikal operirt, hier und da beobachtet; es finden sich auch gelegentlich Angaben darüber verzeichnet. Gewöhnlich geht aber die Induration harmlos vorüber. Gerade aber in dem beschriebenen Falle konnte ich eine nennenswerthe Anschwellung nicht finden. Der junge Mann konnte auch bereits am 27. December, also am 18. Tage nach der Operation, vollkommen geheilt entlassen werden. Unser Fall lehrt uns einmal eine bisher nicht berücksichtigte Gefahr der Radikaloperation der Hernie kennen; denn das ist in der That ein hämorrhagischer Lungeninfarkt, auch wenn er glatt abläuft. Es mahnt uns diese Erfahrung ferner zur Vorsicht bei der Ablösung des Plexus vom Bruchsack. Der Fall bietet endlich auch theoretisches Interesse, indem er mir wenigstens die Ansicht Gussenbauer's über die Beziehungen der Lungenentzündung zum eingeklemmten Bruche zu stützen scheint, ich meine die embolische Natur der Pneumonie, wenn auch der Embolus in unserem Falle einer ganz anderen Quelle entstammt, welche möglicherweise auch bei incarcerirten Hernien unter Umständen in Betracht kommt.

---

25) M. B. Hartzell (Philadelphia). Infectious multiple gangrene of the skin.

(Amer. journ. of the med. sciences 1898. Juli.)

Bei einer 46jährigen Frau war die Erkrankung zu Stande gekommen durch eine Verletzung mit einem Fleischhaken, der ihr unter den Nagel des Mittelfingers der rechten Hand fuhr. Kurze Zeit nachher bildete sich an dieser Stelle ein Geschwür aus; ein zweites trat dicht über dem rechten Malleolus internus auf. Von da verbreitete sich die Krankheit sprungweise über die ganze Haut. Die Affektion beginnt als Papel oder Bläschen; bald bildet sich auf der Höhe eine schwarzbraune Kruste; der centrale Schorf sinkt darauf ein, so dass nach 2—3 Tagen die Affektion einer Vaccinepustel von 6—8 Tagen ähnlich sieht. Wenn

das so entstandene Geschwür nicht auf irgend eine Weise zerstört wird, frisst es nach allen Richtungen um sich.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass alle Schichten der Haut von dem Process ergriffen sind. In den tiefen Schichten des Rete und in den papillären und subpapillären Räumen des Corium fanden sich massenhaft Bacillen, die dem Tuberkelbacillus ähnlich sahen und am besten nach Weigert sich färben ließen. Außerdem wurde der Staphylococcus pyogenes aureus nachgewiesen.

An diesen Fall schließt Verf. eine kurze Besprechung der bisher über diesen Gegenstand erschienenen Litteratur. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

26) **Muscatello.** Di un microorganismo piogeno per il coniglio.

Rom, 1898. Sep.-Abdr.

Der Organismus erzeugte eine spontan auftretende eitrige und abscedirende Bronchopneumonie bei einem Kaninchen, durch weitere Verbreitung Pleuritis und Peritonitis. Er ließ sich nicht züchten, wohl aber auf andere Thiere übertragen. Hier verursachte er Störungen eitrig-nekrotischen Charakters: die befallenen Gewebe gehen Coagulationsnekrose ein; der kaum gebildete Eiter zerfällt durch Karyolyse. Der Organismus besteht aus Bacillen, die zu langen unverzweigten Fäden auswachsen, zunächst mit den üblichen Bakterienfarben kolorirbar. Andere Fäden zeigen dagegen theilweise Verlust der Färbbarkeit; weiter traten im Innern segmentär färbbare Partien auf, mit ungefärbten abwechselnd, so eine Kettenbildung andeutend. Doch deutet ein zarter Saum darauf hin, dass die dunkleren Partien in den Fäden liegen. Sie sind aber keine Sporen. — Der Organismus ist wohl identisch mit einem von Flexner aufgefundenen, als Leptothrix pyogenes filiformis bezeichneten. M. schlägt den Namen L. pyogenes cuniculi vor. Im Anschluss daran hebt er hervor, wie wichtig eine genaue und vollkommene bakteriologische Durchforschung jeden Eiters sei; nur so werde man unsere Kenntnisse über die Ätiologie der Eiterung vermehren. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

27) **Potherat.** Kyste hydatique du poumon.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 228.)

Kurze Beschreibung eines operativ geheilten Falles von Lungenechinococcus. Die beiden Pleurablätter waren an der Stelle der Cyste mit einander verwachsen. Die Incision in das Lungengewebe führte in einen Eiterherd, welcher die Cyste zum großen Theil umgab. Der Inhalt der Cyste selbst war nicht eitrig. Bei ihrer Ausschälung erfolgte eine starke Blutung, die sich aber durch intrapulmonäre Tamponade beherrschen ließ. **Reichel** (Chemnitz).

28) **M. Gerulanos.** Eine Studie über den operativen Pneumothorax im Anschluss an einen Fall von Lungenresektion wegen Brustwandsarkom.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 497.)

Der von G. beschriebene Fall ist von Helferich operirt und beansprucht trotz ungünstigen Ausgangs das höchste Interesse, da die in ihm entwickelte chirurgische Leistung bislang wohl das Kühnste und Energischste darstellt, was in der Chirurgie des Thorax gewagt wurde. Es handelt sich um einen 15jährigen Arbeiter, der 1 Jahr vor seiner Krankenhausaufnahme beim Pflügen einen heftigen Stoß gegen die rechte Brustseite erlitten hatte und seitdem Beschwerden in der Gegend hatte, woselbst sich auch Vorwölbung, Dämpfung und aufgehobenes Athmen und Stimmfremitus fand. Eine 1. Operation führte nach Resektion der 6. etwas cariösen Rippe in blutendes Granulationsgewebe und in eine faustgroße, zerfallene breiige Massen enthaltende Höhle. Tamponade. Zunächst befriedigender Verlauf, doch wachsen bald sicher bösartige Geschwulstmassen aus der Wunde. Mit der 2. Hauptoperation wurde die Exstirpation der Geschwulst geleistet. Die Brustwanddecken werden von 2 Schnitten aus, einem unteren transversalen in der



Höhe der gemachten Rippenresektion und einem vertikalen parallel dem Brustbeinrand abgelöst. Resektion der 7. Rippe, Durchtastung der Pleurahöhle. Zwerchfell und Mediastinum frei, die Brusthöhle durch eine große, harte, glatte, in die Lunge übergehende Geschwulst eingenommen. Provisorischer Pleuraverschluss mit einem sterilen Tuch, dann zur Untersuchung von oben her Resektion von 12 cm der 3. Rippe. Es zeigt sich, dass nur der Oberlappen der Lunge frei ist. Von der oberen zur unteren Brustwandöffnung wird ein Tuch durch die Pleura durchgeführt und auf diesem Rippe 4—6 durchtrennt. Jetzt ist die Lateralwärtsbiegung der ganzen Brustwand von Rippe 3—7 und damit völlige Übersicht der ganzen Brusthöhle möglich. Die kindskopfgroße Geschwulst hängt einerseits an der Brustwand, andererseits an der Lungenwurzel unterhalb des Oberlappens. Bronchus und Gefäße des letzteren werden frei gemacht, der Rest der Lungenwurzel aber in 2 große Klemmen gepackt, was ohne bedrohliche Erscheinungen gelingt, danach Unterbindung und Abtrennung. Nach Lösung von Verwachsungen am Mediastinum und Zwerchfell ist jetzt nur noch der knöcherne Brustwandtheil herauszunehmen. Dies geschieht durch einen Sägeschnitt von der 3. Rippe quer über Weichtheile und Knochen einschließlich Schulterblatt nach hinten. Dann wird der nach hinten gestielte Lappen nach hinten übergekippt, die Rippen dadurch abgebrochen und mit der Kochenzange die Trennung vollendet. Blutstillung, Deckung der Wundhöhle mit Tüchern. Die $1\frac{1}{2}$ Stunde währende, Operation hatte zu starkem Collaps mit Pulslosigkeit geführt. Tod am nächsten Morgen an Herzschwäche. Das riesige Operationspräparat ist in mehreren Abbildungen wiedergegeben, die man nur mit Staunen (und nicht ganz ohne Schauder) ansehen kann.

An den Fall schließt G. eine allgemeine Betrachtung über die Gefahr und Prognose der großen Eingriffe am Brustkorb, wobei er eine Zusammenstellung der bislang publicirten 38 Fälle von ausgedehnter Brustwandresektion wegen Geschwulst mit Pleuraeröffnung macht. Trotz der bedrohlichen Erscheinungen, die bei vielen dieser Erscheinungen eingetreten sind, sind nur 13 Operirte gestorben, zum Theil nicht einmal an den Folgen der Operation. Ein wesentlicher Theil der Gefahr beruht auf der weiten Eröffnung der Pleura, die jedenfalls möglichst bald und ausreichend wieder zu verschließen gesucht werden muss. Das Angreifen bezw. das partielle Exstirpiren der Lunge selbst kann an sich ohne Schaden gewagt werden. — Schlimmer ist, dass die theilweise Ausweidung der Brusthöhle das Gleichgewicht der Druckverhältnisse in derselben zerstört, was namentlich auf die Herzthätigkeit schädigend wirken muss. — Technisch hat sich die Durchsägung der Brustwand en bloc mit einer Bogensäge (die Drahtsäge wäre vielleicht noch besser brauchbar) sehr bewährt. Die Intercostales bluteten wenig und konnten nach ihrer Durchsägung bequem unterbunden werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) **Honsell.** Über traumatische Exostosen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 2.)

Verf. berichtet über 2 an der chirurgischen Klinik in Tübingen beobachtete Fälle von traumatischen Exostosen des Femur, welche durch ihre rasche Entwicklung bemerkenswerth sind. In beiden Fällen handelte es sich um die Folgen eines Hufschlags gegen den Oberschenkel. Bei dem ersten Pat. erreichte die Exostose in 11 Wochen eine Länge von 15, eine Breite von 4 und eine Höhe von $5\frac{1}{2}$ cm. Im 2. Falle wuchs die Neubildung innerhalb dreier Monate zu einer Länge von 20 und einer Breite von 10—12 cm heran.

Die histologische Untersuchung ergab bei beiden Geschwülsten den Charakter reiner Exostosen, ohne Zeichen von Entzündung oder sarkomatöser Degeneration.

Verf. ist, gestützt auf diesen in Bezug auf Entzündungsprocesse negativen Untersuchungsbefund eher geneigt, einen entzündlichen Ursprung der vorliegenden Geschwülste abzulehnen, ohne denselben immerhin ausschließen zu wollen. Ob es sich aber um einen Entzündungsprocess oder um eine echte Geschwulstbildung handeln möge, so bleibt immerhin die rasche Neubildung einer knöchernen Geschwulst nach einem Trauma bemerkenswerth. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

30) **A. Nehrkorn.** Multiple Enchondrome der Knochen in Verbindung mit multiplen, subkutanen Teleangiektasien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

In dem von Verf. mitgetheilten Falle der Czerny'schen Klinik bestanden neben einer bösartigen Geschwulst (Chondrom mit atypischer Zellwucherung) des rechten Unterschenkels und multiplen Enchondromen hochgradige Wachsthumsanomalien an den von den Enchondromen bevorzugten Gliedmaßen (rechte obere und untere Extremität) und endlich teleangiektatische Geschwülste des subkutanen Gefäßnetzes am rechten Fuße. Wie Verf. ausführt, verdanken die Geschwülste und die Anomalien im Wachsthum des Skeletts ihren Ursprung einer gemeinsamen Ursache, nämlich einer angeborenen Anlage zu fehlerhafter Knochenentwicklung; was die teleangiektatischen Angiome anbelangt, so ist N. der Ansicht, dass dieselben wie die Chondrome angeboren seien und sich unabhängig von diesen aus einer fehlerhaften fötalen Anlage des Gefäßsystems entwickelt hätten. **Honsell** (Tübingen).

31) **Tenbaum.** Übersicht über die ärztliche Thätigkeit in der orthopädischen Heilanstalt »Hüffer-Stiftung« zu Münster in Westfalen vom 1. Januar 1896 bis 31. December 1897.

(Veröffentlichung des Kuratoriums der Stiftung. 44 S. 5 Tafeln.)

Dem 8. und 9. Jahresbericht der orthopädischen Heilanstalt »Hüffer-Stiftung«, welche in 1. Linie zur Aufnahme Minderbemittelter und Armer bestimmt ist, ist vom Verf., dem ärztlichen Leiter der Anstalt, ein summarischer Bericht über 608 in den Jahren 1896 und 1897 stationär behandelte Kranke beigegeben. Die 83 Operationen des Jahres 1896 sind in einer Tabelle zusammengestellt. Auf 5 Tafeln finden sich die Abbildungen einiger besonders günstigen Heilresultate, meist rachitischer Verkrümmungen.

In 6 Fällen von Schiefhals hat sich Verf. nicht mit der subkutanen Tenotomie des Kopfnickers begnügt, sondern er hat nach der Resektion eines $1^{1}/_{2}$—3 cm langen Stückchens der Sehne alle tiefer liegenden, septumartig vorspringenden Stränge quer durchtrennt, ein Verfahren, das Verf. sehr empfiehlt.

Die angeborene Verrenkung der Hüfte wurde 99mal beobachtet, und zwar 41mal doppelseitig, 8mal bei Knaben, 91mal bei Mädchen. Die Einrenkung nach Lorenz bei Kindern im Alter von 2—8 Jahren gelang in 24 Fällen, worunter sich 7 Fälle befinden, in denen die Affektion doppelseitig vorhanden war. 6mal gelang die Reposition nicht, wobei es sich 2mal um doppelseitige Verrenkung handelte.

Ausführlicher ist die Krankengeschichte eines 2jährigen Knaben mitgetheilt, der an akuter Osteomyelitis des rechten Femurs gelitten hat. Trotz der Resektion des 9 cm langen Femurschaftes trat Heilung ohne Verkürzung und ohne Funktionsstörung des Beines ein. **J. Riedinger** (Würzburg).

32) **Mader.** Ein Fall von Nervennaht.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 39.)

Frische Verletzung des Nervus radialis, 2 cm oberhalb des Condylus ext. humeri. Naht. Aseptische Heilung. 4 Wochen später bereits Besserung der Sensibilität und Motilität. 1 Woche später ist die Sensibilität an Vorderarm und Hand im Ausbreitungsgebiet des Radialis fast vollständig wieder hergestellt. Thenar und Antithenar deutlich atrophisch. Motilität noch stark gestört. Dass die Besserung auch der letzteren bald fortschritt, erhellt aus einem forensischen Gutachten, nach welchem nur eine »Schwäche« der linken Hand konstatirt wurde. 4 Monate nach der Entlassung, durch Selbstmord des Pat., 6 Monate nach der Naht, konnte M. an nach van Gieson gefärbten Präparaten aus dem Nervencallus nachweisen, dass der Durchmesser des abführenden Nervenendes nur die Hälfte des oberhalb des Callus gelegenen normalen proximalen Endes betrug. Der Callus selbst war von wenigen, aber deutlich nachweisbaren zarten Nervenfasern durch-

zogen. Wenn auch die Wiederherstellung der Nervenleitung durch die Nervennaht eine ausgezeichnete Erklärung abgiebt für die Besserung der Sensibilität und Motilität nach so kurzer Zeit, so möchte Verf. doch nicht ganz das Bestehen der Fonctions supplées (Létiévant) von der Hand weisen, d. h. Sensibilitätsleitung durch Anastomosen und benachbarte Tastkörperchen, hinsichtlich der Motilität vikariirendes Eintreten nicht gelähmter Muskelgruppen für die gelähmten.

Hübener (Breslau).

33) **Beck.** Colles, fracture and the Roentgen rays.

(Med. news 1898, Februar 19.)

B. hat 44 Fälle von typischem Radiusbruch mit Röntgenstrahlen untersucht. Die meisten Bilder enthüllten Veränderungen, die man bei vorhergehender genauester Untersuchung nicht entdeckt hatte. Am meisten überraschte, dass in 19 Fällen oberhalb des Capitulum ulnae sich eine deutliche Querfissur fand, die keine klinischen Erscheinungen gemacht hatte. In 7 Fällen war der Processus styloideus ulnae abgebrochen. In einigen Fällen fand sich im Radius außer dem typischen Querbruch auch ein Längsbruch, der bis in das Gelenk reichte. In 14 Fällen fand sich trotz der großen Ausdehnung der Verletzung keinerlei Dislokation, da offenbar das Periost der Dorsalfläche die Bruchstücke zusammenhielt. Die Bilder lehren uns, eine schematische Behandlung des typischen Radiusbruchs zu vermeiden. **Strauch** (Braunschweig).

34) **E. Kirmisson.** Documents pour servir à l'étude de l'affaissement du col fémoral (coxa vara).

(Revue d'orthopédie 1898. No. 6.)

Der Autor ist auf der Suche nach einem einwandsfreien Fall von Coxa vara bei »juveniler Osteomalakie« (»maladie de la croissance de nature encore indéterminée«). Bei einem $14^1/_2$jährigen, linksseitig hinkenden Knaben mit Hochstand des Trochanters und Beinverkürzung um 1 cm, Skoliose, Plattvalgusfuß, Außenrotationsstellung, Verminderung der Flexion und Abduktion des Beines glaubte er der Coxa vara schon zu begegnen. Bei der Durchleuchtung — das Bild wird nicht dargestellt — zeigte sich aber keine Abweichung in diesem Sinne, er musste den Fall als schleichende Coxitis deuten. Die eingeleitete Coxitisbehandlung mit Extension hat übrigens keinen Erfolg auf Stellung des Beines, Verkürzung etc. erzielt, Abmagerung des Gliedes und neuerlicher Erguss im Kniegelenk sollen die Diagnose bestätigen. Ein zweiter Fall, bei einem 5jährigen Mädchen, gehört zu den von Royal Whitman herangezogenen Beobachtungen; die Verkürzung, deren Ursache aus der Anamnese nicht erhellte, beruht nach dem hier mitgetheilten Röntgenbilde auf einer verkannten Fraktur (Epiphysenlösung). Die beiden citirten Fälle beweisen die unumgängliche Nothwendigkeit, die Diagnose Coxa vara durch das Röntgenbild sicherstellen zu lassen. **Herm. Frank** (Berlin).

35) **Wolravens.** Un cas de luxatio infrapubica congénitale chez un enfant de deux ans.

(Revue d'orthopédie 1898. No. 6.)

26 Monate altes, sonst absolut gesundes, kräftiges Mädchen, welches nie hat zum Laufen gebracht werden können, mit einer Stellung des rechten Oberschenkels zum Hüftgelenk, welche der der Luxatio infrapubica bei älteren Individuen entspricht. Eine andere Erklärung als angeborener Ursprung fehlt, auch das Röntgenbild bestätigt die Diagnose. Der Autor hat nur einen Parallelfall in der Litteratur bei Lorenz, welcher einen 7monatlichen Fötus mit multiplen Missbildungen betraf, finden können. Um den Kopf in die Pfanne zurückzubringen, genügte bei der blutigen Operation vom Hüter'schen Resektionsschnitt aus die Durchschneidung des Tensor fasicae latae, des Rectus, Vastus externus-Ansatzes des Lig. pubici Bertini ohne Eröffnung des Gelenks selbst. Über den Erfolg der Operation ist noch nichts zu beweisen, da das Kind aus dem Gipsverband noch nicht heraus ist. **Herm. Frank** (Berlin).



36) **N. Napalkow.** Über die Resektion des tuberkulösen Kniegelenks.

(Chirurgie 1898. p. 345. [Russisch.])

26 Fälle von Knieresektion, ohne Todesfall. 1mal musste nachamputirt werden, und 2mal wurde die Amputation verweigert. Die Kranken standen meist im jugendlichen Alter (17—25 Jahre), doch waren auch Kinder und einzelne ältere (32—44 Jahre) darunter. Die Krankengeschichten geben über das spätere Schicksal der Resecirten keinen Aufschluss. **E. Braatz,** (Königsberg i/Pr.).

37) **A. Frieben.** Über kongenitalen Defekt der Fibula.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898. 52 S.

Verf. hat 39 Fälle aus der Litteratur zusammengestellt und fügt einen weiteren hinzu. Bei dem 24jährigen Pat. wurde von Helferich ein keilförmiges Stück von der Tibiaepiphyse mit nach innen gerichteter Basis vom Talus, eben so ein Keil mit der Basis nach außen abgetragen. Beim Aufeinanderpassen nahm der Fuß stärkste Equinusstellung an, so dass seine Längsachse mit der des Unterschenkels eine gerade Linie bildete. Fixation durch eine Helferich'sche Nähnadel quer durch Tibia und Talus. 5 Monate nach der Operation gute Konsolidation. In entsprechendem Schuh geht Pat. ausgezeichnet.

Bähr (Hannover).

38) **Durand** und **Destot.** Luxation médio-tarsienne de l'articulation de Chopart.

(Province méd. 1898. No. 14 u. 15.)

Von der vielumstrittenen Verrenkung im Chopart'schen Gelenk sind bis jetzt 3 sichere Fälle, 2 autoptische (Thomas und Anger) und ein klinischer (Fuhr) bekannt; die Autoren berichten einen 4., bei welchem die Skiagraphie das Bild der Knochenverletzung sofort enthüllte. Die Verletzung geschah in excessiver Dorsalflexion des Fußes durch den Stoß eines fallenden Balkens gegen den in leichter Beugung befindlichen festgehaltenen Fuß. Verhältnismäßig geringer Schmerz. Der Verletzte gelangte erst nach 18 Tagen zur Behandlung. Er kann sich auf die Ferse, aber nicht auf den Vorfuß stellen. Beschränkte Beugung und Streckung, Unmöglichkeit der Adduktion und Abduktion. An der Stelle des Chopart'schen Gelenks Verbreitung, Verdickung etc. des Fußes und charakteristisch: statt des Fußgewölbes steht die Fußsohle nach unten konvex vor, so dass die Fußspur beim Auftreten nur an dieser Stelle einen Abdruck giebt. Die Schmerzhaftigkeit, auch beim Auftreten, ist, wie bei den analogen Verletzungen an der Handwurzel (s. Ref. über die Luxation médio-carpienne) auffällig gering.

Herm. Frank (Berlin).

39) **E. Schwartz.** Déformations multiples des articulations métatarso-phalangiennes du pied gauche. Hallux valgus, clinodactylies. Diagnostic radiographique. Résections de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, de la tête du deuxièm métatarsien. Guérison.

(Revue d'orthopédie 1898. No. 3.)

Der Autor macht auf die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchungen aufmerksam in einem solchen Falle von Beschwerden beim Gehen in Folge einer Schwiele am vorderen Ballen. Erst bei dieser Untersuchung stellten sich vorher nicht erkannte Knochendeformationen an der zweiten Zehe heraus, welche diesen Beschwerden, neben dem Hallux valgus, zu Grunde lagen. **Herm. Frank** (Berlin).

40) **Paci.** Considerazioni sulla macrodattilia.

(Durante's Festschrift.)

Verf. amputirte und untersuchte die 2. und 3. Zehe eines 11monatlichen Kindes, die die Größe von Zehen der Erwachsenen hatten. Außerdem untersuchte

er 2 gleiche Präparate von Makrodaktylie aus der Sammlung von Bologna. Bei allen fanden sich Fettanhäufungen zwischen der Muskulatur, dagegen keine Veränderungen der Gefäßwände. Da Gaspare d'Urso eine Verdickung der Intima und einen Mangel der Membrana elastica interna bei einem Falle von Makrodaktylie gefunden und die dadurch veranlassten Störungen der Cirkulation als die Ursache der Missbildung betrachtet hat, widersprechen ihm diese Fälle.

Dreyer (Köln).

41) **T. Wenczel.** Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Unter den mitgetheilten Fällen dürfte der folgende wohl das meiste Interesse beanspruchen. Ein 54jähriger Mann stürzte, während er eine Pfeife im Mund hielt, einen 2 m hohen Steinhaufen herab; bei dem Fall brach die Pfeifenspitze ab, verletzte den Gaumen, konnte aber im Rachen nicht gefunden werden. In der Folge schwoll die rechte Halsseite an, es stellte sich Ödem des Gaumens und der Glottis mit rasch zunehmenden Athembeschwerden ein; unter hochgradiger Dyspnoë erfolgte am 9. Tage, noch ehe chirurgische Hilfe gebracht werden konnte, der Tod. Wie die Sektion ergab, war das 8 cm lange und 0,5 cm breite Mundstück der Pfeife über dem Kehlkopf in die Weichtheile des Halses durchgebrochen und von da in die Lichtung der Carotis eingedrungen. Was die übrigen Fälle anbelangt, so handelte es sich 2mal um Messerklingen im Schädelknochen, dann um Holz-, Eisen- resp. Kohlensplitter in den Weichtheilen der Extremitäten oder des Rumpfes, um Fremdkörper in Mastdarm und After, äußerem Gehörgang, Harnröhre (Zahnbürstenstiel) und der Wand eines Bruchsackes (Knochenstück).

Honsell (Tübingen).

Noch ein letztes Wort über die Operation der Hypospadie.

Im November 1897 erschienen in der New Yorker medicinischen Monatsschrift die Resultate meiner neuen Operation der Hypospadie, welche ich im Sommer desselben Jahres 2mal erfolgreich ausgeführt hatte. Die Illustration dieses neuen Verfahrens, welches mit der althergebrachten Sitte, die Harnröhrenöffnung auf die eine oder andere Weise zu decken, vollständig brach und dafür ein völlig neues Princip, nämlich die Freilegung und Vorwärtsdislocirung der Harnröhre substituirte, erschien im Januar 1898 im New York Medical Journ.

Die Herren v. Hacker und Breuer führten diese Operation mit nicht essentiellen Modifikationen viel später, nach ihrer eigenen Erklärung in der Mitte des Jahres 1898 aus und gaben ihren verwandtschaftlichen Gefühlen für mein Verfahren dadurch Ausdruck, dass sie dasselbe nach ihren Namen jeweils benannten. Dass Herr Breuer die Güte hatte, noch 1898 in No. 49 des Centralbl. für Chirurgie meine schon ein Jahr vorher erschienenen Illustrationen eine »Modifikation« seiner Methode zu nennen, dürfte selbst in den Vereinigten Staaten Aufsehen erregen.

Ich muss desshalb, so sehr ich die Intentionen der Redaktion zu schätzen weiß, gegen den Kompromissvorschlag, mein Verfahren das Beck- v. Hacker-Breuersche zu nennen, protestiren. ***Carl Beck.***

New York, 23. Januar 1899.

Die Diskussion wird durch diesen Artikel für uns nicht wieder eröffnet. Red.

Berichtigung. P. 115 Zeile 38 von oben lies der Kinder statt des Kindes; Zeile 40 von oben lies Ossifikationskerne statt Ossifikation keine; Zeile 41 von oben lies Einwachsen statt Anwachsen; Zeile 42 von oben lies die Diaphyse statt der Diaphyse.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, **F. König,** **E. Richter,**
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. **Sonnabend, den 25. Februar.** **1899.**

(Aus dem städtischen Krankenhaus zu Worms a/Rh.)

I. Ersetzung des Katgut durch Seide.

Von

L. Heidenhain.

Im Laufe der letzten Jahre hat sich in mir immer mehr die Überzeugung befestigt, dass Katgut nicht mit voller Sicherheit zu sterilisiren ist. Die bekanntesten Methoden (Juniperusöl, v. Bergmann'sche, Saul'sche, Schäffer'sche) habe ich in den Kliniken meiner Lehrer verwenden sehen und damit gearbeitet. Zuletzt habe ich hier ein Jahr lang das Katgut nach v. Bergmann in Sublimat desinficirt und dann noch nach Schäffer in Sublimatalkohol gekocht. Das Ergebnis war immer, so lange ich denken kann, dass nach einer Reihe von ganz glatt verlaufenden Fällen solche kamen,

in denen eine Nekrose in der Wunde auftrat, die ich, wie ja auch viele Andere, dem Katgut zuschreiben zu müssen glaubte; oder es gab kleine Spätabscesse, oder die Wunde heilte rein per primam, und nach 12—14 Tagen stießen sich durch eine kleine Öffnung in der Narbe eine oder einige Katgutschlingen ab, allein oder mit einer kleinen Nekrose von Zellgewebe zusammen.

Das Auftreten von Störungen in der Wunde um die Zeit, in welcher das Katgut zu erweichen beginnt, betrachte ich als charakteristisch für die Infektion durch Mikroorganismen, welche im Katgut eingeschlossen sind. Rührten die Störungen in der Wunde von Organismen her, welche im Laufe der Operation von außen an das an sich sterile Katgut herangebracht, »angewischt« worden sind, so müssten die Störungen in der Wunde durchschnittlich früher eintreten, vielleicht auch schwerer verlaufen. Sie treten aber durchschnittlich erst eine Reihe von Tagen nach der Operation auf, zu einer Zeit, zu welcher die eröffneten Lymphspalten schon geschlossen, die Gewebe schon in Granulation begriffen sind. Darum bleiben die Infektionen örtlich beschränkt, aber — das durch Schnürung ertödtete Gewebe, welches sonst resorbirt wird (die abgeschnürten Stücke der ligirten Gefäße, Gewebe, welches durch versenkte Nähte stark geschnürt wurde), wird nach außen abgestoßen. Mir ist Mangels Erfahrung zweifelhaft, ob Katgut in flüssigen Nährböden ausgesät — feste sind ganz ausgeschlossen — so erweicht, dass alle in ihm enthaltenen Keime aufgehen können, wie dies in einer Wunde der Fall ist. Übrigens beziehe ich persönlich auch einen Theil der früh — zwischen dem 3. und 5. Tage — auftretenden Wundstörungen, welche mit ausgedehnter Nekrose und späterer Eiterung verlaufen, aber vollkommen örtlich beschränkt bleiben und nur eine geringe Störung des Allgemeinbefindens verursachen, auf Katgutinfektion.

Ohne eine fruchtlose Diskussion hervorrufen zu wollen, ob nun wirklich das Katgut sich nicht mit Sicherheit sterilisiren lässt, wie ich fest glaube, oder ob das Katgut bei der Operation irgend wie verunreinigt wird, wie viele Andere annehmen, möchte ich doch darauf aufmerksam machen, dass das Rohmaterial, welches von den Fabriken geliefert wird, sich in den letzten Jahren entschieden verschlechtert haben muss. Ich habe es in den letzten 2 Jahren wiederholt erlebt, dass mehrere Monate nach Heilung einer Wunde, Primaheilung, sich eine Stelle der Narbe öffnete und ein nicht vollkommen resorbirter Katgutfaden ausgestoßen wurde. Auch verhielt sich zum Zeichen einer Ungleichheit des Rohmaterials dasselbe bei der Zubereitung ganz verschieden: die eine Rolle kräuselte sich beim Kochen in Sublimatalkohol so, dass die Fäden nicht zu brauchen waren; die Fäden einer anderen Rolle blieben sehr schön glatt. Ich habe mit J. Böhme-Berlin lange Verhandlungen desswegen gehabt; er behauptete, das Rohmaterial sei immer gleich und dasselbe. Ich hatte den Verdacht, dass vielfach faule Därme verwendet würden.

Wirkliches Unglück habe ich bis zuletzt durch Katgutinfektionen nie entstehen sehen, nur Verzögerungen der Heilung. Das bezieht sich auf meine gesammte Erfahrung, auch die meiner Assistentenzeit. Auch hier in Worms waren meine Ergebnisse im Ganzen gut, allein diese und jene Störungen, die ich auf das Katgut schob, waren doch langweilig, unbehaglich, gelegentlich unheimlich. Schließlich kamen 2 Fälle, die mich veranlassten, das Katgut ganz zu verlassen und, Kocher folgend, zur Seide überzugehen. Im 1. Falle trat eine Nekrose mit umschriebener Eiterung nach Eröffnung eines Kniegelenks (Luxatio menisci inveterata), ein, die glücklicherweise ohne böse Folgen blieb; im zweiten entstand bei einem kleinen Kinde (Exstirpation einer enormen Hydronephrose mit doppeltem Ureter) Nekrose der Bauchwandnaht, bei einem Hustenstoß prolabirten die Därme, und Tod durch Peritonitis war das Ende.

Seitdem, seit Ende Juli 1898, also seit einem halben Jahre, habe ich zu allen Unterbindungen und allen versenkten Nähten Seide benutzt. Katgut ist überhaupt nicht mehr zur Verwendung gelangt. Die Zahl der Operationen, die ich in dieser Zeit gemacht habe, beträgt rund 300; auch betreffen die Operationen fast alle Theile der Chirurgie und Gynäkologie.

Die Ergebnisse waren durchweg gleichmäßig und so gut, dass ich nicht wieder zum Katgut zurückkehren werde. Es hat sich in dieser ganzen Zeit auch nicht ein Seidenfaden nach außen abgestoßen; sie sind alle ohne irgend welche Störung eingeheilt. Vollkommene ideale prima intentio war bei aseptischen Operationen die Regel. In einem einzigen Falle habe ich eine Nekrose in der Wunde gehabt (Cholecystenterostomie bei Icterus gravis durch Choledochustumor); hier wurde bei glatter Heilung in der Tiefe das sehr dicke Fett der Bauchwand nekrotisch, was gewiss nicht dem Unterbindungs- und Nahtmaterial zuzuschreiben ist. Auch Röthungen der Stichkanäle mit dem bekannten kleinsten Tropfen Eiter sind uns in der genannten Zeit kaum mehr vorgekommen.

Die Seide, welche wir zu Unterbindungen verwenden, ist sehr fein, No. 0, und gedreht, nicht geflochten. Gedrehte Seide fädelt sich besser ein und ist billiger. Sie wird am Morgen vor der Operation im Dampf sterilisirt und kommt direkt aus dem Sterilisator in eine 0,1%ige Sublimatlösung, aus welcher sie mit der Pincette emporgehoben und in passender Länge abgeschnitten wird. Die Enden der Unterbindungen werden so kurz wie möglich abgeschnitten. Es wird nur der voraussichtliche Tagesbedarf hergerichtet. Was übrig bleibt, wird am nächsten Tage für Hautnähte, aber nicht zu Unterbindungen und versenkten Nähten verwendet. Die Fäden liegen in breiten, cylindrischen Präparatengläsern auf Glasrollen aufgewickelt.

Die guten Ergebnisse verdanken wir übrigens nicht allein der Seide; denn auch unsere Händedesinfektion ist besser geworden. Wir haben uns hier die Hände stets 10 bis 15 Minuten lang gewaschen; trotzdem waren die Ergebnisse nicht, wie wir

wünschten. Seit Ende Juli 1898 folgen wir Mikulicz und benutzen keine Bürste 2mal. Ich glaube, dass hierdurch ein gewaltiger Nutzen geschaffen wird. Die 1. Waschung geschieht 5 Minuten lang in sehr heißem Wasser mit einem Holzfaserbausch, der in eine Gazelage eingebunden ist und etwa Apfelgröße hat. Die Bäusche sind dampfsterilisirt und liegen in 1%iger Lysollösung. Darauf folgt eine Waschung von 3 Minuten, ebenfalls in laufendem heißem Wasser, mit einer dampfsterilisirten Bürste (Aufbewahrung auch in Lysol), welche weitere 2 Minuten in laufendem heißem Wasser[1] ohne Seife fortgesetzt wird. Dieser folgt die übliche Abbürstung in Alkohol und einem Antisepticum, jetzt ausschließlich 1%ige Lysollösung. Ich glaube, dass die völlige Abschaffung des Sublimats für unseren Betrieb von großem Vortheil gewesen ist; denn weder ich (seit vielen Jahren) noch meine 3 Assistenten waren je ohne Schrunden an den Fingern. Die Hände der Assistenten hatten oft die bekannte graue Sublimatfarbe. Seit wir nur Lysol verwenden, haben wir alle 4 ganz glatte und feine Haut, welche sich natürlich ungleich besser reinigen lässt, als die Sublimathände. Das schlüpfrige Lysol spülen wir in abgekochtem Wasser wieder ab; die Reinigung blutiger Hände während der Operation geschieht stets in sterilem Wasser, welchem unter Umständen das Desinficiens folgt. So vermeiden wir Blutniederschläge auf den Händen. Keine Bürste wird an einem Tage 2mal gebraucht. Trotzdem ist die Abnutzung sehr gering und kaum größer, als zuvor. Wir haben gleichzeitig etwa 120 Bürsten in Gebrauch.

Der Haut der Kranken habe ich stets besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Ich operire, dringende Fälle natürlich ausgenommen, keinen Kranken ohne eine 2 Tage dauernde Vorbereitung durch Seifen, Rasiren und Baden, so dass keiner zur Operation kommt, der nicht wenigstens 2 langdauernde Bäder genommen hat. Am Abend vor der Operation wird das Operationsgebiet völlig sterilisirt und in den letzten Monaten nicht mehr mit einem einfachen sterilen, sondern mit einem feuchten Formolverband versehen (Landerer). Bei Beginn der Operation reiben wir dann bloß noch einmal mit Äther, Alkohol und Lysol oder Sublimat ab; bei Laparotomien und anderen großen Operationen wird die ganze Desinfektion wiederholt. Die Kranken lassen sich die 2 Tage währende Verzögerung gern gefallen, wenn man ihnen aus einander setzt, dass nur so die Wunde ohne Eiterung und Fieber heilen könne.

Ich möchte diese Mittheilung nicht schließen, ohne unserem Sterilisator einige empfehlende Worte zu widmen. Wir haben seit $1^1/_2$ Jahre einen Rohrbeck'schen Vacuumsterilisator allergrößter Nummer in Gebrauch. Dies System ist von allen am Markte wohl das beste. Wenn der Dampfraum voll Dampf ist, wird hier Dampf-

[1] Das warme Wasser unserer Leitung ist fast keimfrei, wie wiederholte Untersuchungen zeigten, während das kalte Leitungswasser — filtrirtes Rheinwasser — zahllose Keime enthält.

auslass und Dampfeinlass geschlossen und durch den als Kühlhaube ausgebildeten Deckel kaltes Leitungswasser geleitet. Damit wird der Dampf im Inneren kondensirt, und es entsteht ein Unterdruck, durch welchen Luftinseln, die in dem Desinfektionsmaterial enthalten sind, herausgesaugt werden: die Luftinseln gehen in den allgemeinen Desinfektionsraum über. Ist ein kleiner Unterdruck erreicht, so wird erst der Dampfeinlass und, wenn ein kleiner Überdruck erreicht ist, auch der Dampfauslass wieder geöffnet. Man lässt nun den Dampf strömen und kondensirt nach einiger Zeit zum 2. und ev. zum 3. Male. Es wird hierdurch erreicht, dass der Dampf mit aller Sicherheit bis in das Innerste aller auch noch so fest gepackten Verbandstoffmassen dringt; denn die Luftinseln werden herausgesaugt, und strömender Dampf von 100° tritt an ihre Stelle. Eine Klingel giebt an, wann Dampf von 100° in das Innerste des dicksten Packets eingedrungen ist. Die Verbandstoffe sind trocken, wenn sie den Apparat verlassen.

Verbesserung der Händedesinfektion und Ersetzung des Katgut durch Seide hat uns die erwünschte vollkommene Gleichmäßigkeit des Wundverlaufs für alle aseptischen Operationen geliefert, das Gefühl der vollkommenen Sicherheit gegeben, das wir trotz aller angestrengtesten Bemühungen zuvor nicht erreichen konnten. Viele Leser werden meinen, ich zeige nur, dass, wenn man sich die Hände wasche, man selbst mit Seide, die so leicht ausgestoßen werde, gute Ergebnisse haben könne, und mir nicht zugeben, dass an diesen Erfolgen auch das Verschwinden des Katgut aus den Wunden seinen Theil habe. Mag sein! Leider kann ich keine bakteriologischen Untersuchungen unseres Katgut aufweisen, Untersuchungen, die heut zu Tage von Allen verlangt werden, die sich in solchen Dingen hören lassen, da wir zu unserem großen Bedauern vorerst keine Zeit für diese wichtigen Dinge übrig haben. Indessen ist positive praktische Erfahrung doch auch etwas werth, und der von Koch[2] kürzlich berichtete Fall von Tetanusinfektion durch einen gekochten Katgutfaden unterstützt meine Meinung; denn er ist mit aller Sorgfalt bakteriologisch festgestellt. Meiner Ansicht nach genügt eine sichere Beobachtung völlig. Übrigens, selbst wenn es mit der Seide »auch« geht, ist ihre Verwendung als alleiniges Unterbindungs- und Nahtmaterial, wie sie Kocher seit Jahren empfohlen, ein Vortheil, denn Seide ist leichter zuzubereiten und ist viel billiger, als Katgut.

Anmerkung bei der Korrektur: Als die obigen Zeilen an die Redaktion des Centralblattes eingesendet waren, erschien der interessante Aufsatz von Hägler in No. 5 dieses Jahrgangs, welcher das gleiche Thema behandelt und den Nachweis liefert, dass einfach im Dampf sterilisirte Seide leicht durch die Hände inficirt wird, dass Sublimatseide hingegen bei der Handhabung stets steril bleibt. Hierzu

[2] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLVIII. p. 417.



sei mir die Bemerkung gestattet, dass ich früher, wie dies in vielen Kliniken und Krankenhäusern geschieht, aus Sparsamkeit denselben Unterbindungsfaden zu 2—3 Unterbindungen benutzt habe. Mit der Neuordnung unserer Asepsis habe ich mir gesagt, dass Alles aufgeboten werden müsse, um eine Infektion der sicher sterilen Unterbindungsseide während der Operation zu verhüten, und dass wir für die Sterilität des gesammten Operationsmaterials garantiren können, nur nicht für die unserer Hände. Desshalb verwende ich seitdem jeden Faden nur zu einer einzigen Unterbindung; das Mittelstück des Fadens, welches in der Wunde verbleibt, kommt mit den Fingern gar nicht in Berührung, muss also steril bleiben. Zu versenkten fortlaufenden Nähten soll man verhältnismäßig lange Fäden nehmen und dieselben an ihrem vorderen Theile halten, derart, dass ebenfalls der Fadenantheil, welcher in der Wunde bleibt, mit der Hand des Nähenden nicht in Berührung kommt. So haben wir es in den letzten 6 Monaten peinlich gehandhabt. Es lohnt vielleicht auch dieser Punkt der Erwähnung; setzt sich doch die Wundbehandlung aus lauter Kleinigkeiten zusammen. Ich hatte ursprünglich über ihn nicht sprechen wollen, um nicht zu lang und langweilig zu werden.

(Aus der Breslauer chirurgischen Klinik.)

II. Über die Diagraphie von Nierensteinen.

Von

Dr. Hans Wagner.

Nachdem die große Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der Knochen- und Gelenkserkrankungen einerseits und für die Feststellung der Anwesenheit und Lage von Fremdkörpern andererseits allgemein anerkannt worden war, ging man darauf aus, die Hilfe der X-Strahlen auch auf weiteren Gebieten der Diagnostik zu erproben. Und in der That fand die Diagnose der inneren Krankheiten in vielen Fällen durch die Röntgenstrahlen eine werthvolle Förderung; jedoch blieben Enttäuschungen auf diesem Gebiet nicht erspart.

Besonders da, wo man so recht auf die Unterstützung der X-Strahlen gerechnet hatte, schienen sie den Untersucher oft im Stich zu lassen. Dies betrifft ganz besonders die diagraphische Darstellung der Gallen-, Blasen- und Nierensteine.

In Betreff der Gallensteine ist es allgemein bekannt, dass es bisher nur ganz ausnahmsweise gelungen ist, sie im lebenden Körper zu diagraphiren; es liegen hier somit in so fern klare Verhältnisse vor, als wir zur Zeit wenigstens bei der Diagnose von Gallensteinen auf dieses Hilfsmittel von vorn herein verzichten. Aber auch Blasen- und Nierensteine geben nach den bisherigen Veröffentlichungen ganz unsichere Resultate; oftmals gelang es, Röntgenphotographien von

ihnen zu erhalten, wiederholt konnten aber durch die Diagraphie keine Steine nachgewiesen werden, während durch andere Untersuchungsmethoden resp. die Operation die Anwesenheit von solchen sicher gestellt wurde.

Bei den Blasensteinen wird man dies negative Resultat nur ausnahmsweise beklagen, d. h. nur in dem seltenen Falle, wenn die anderen Untersuchungsmethoden nicht anwendbar sind; bei den Nierensteinen jedoch würde man eines vorzüglichen diagnostischen Hilfsmittels verlustig gehen, wenn wirklich die Diagraphie der Nierensteine so unsichere Resultate ergäbe.

Dies schien nach der Arbeit von Ringel (s. dieses Centralblatt 1898 No. 49) in der That der Fall zu sein, in so fern Ringel für eine Reihe von Nierensteinen — die Phosphatsteine — die Möglichkeit, photographische Bilder zu erhalten, so gut wie ausschließt.

Da diese Arbeit aus einem Institut stammt, dessen hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der Röntgenuntersuchungen wohl allgemein Anerkennung finden, und in Folge dessen um so mehr geeignet ist, die Röntgenphotographie der Nierensteine zu diskreditiren, so möchte ich mir erlauben, unsere entschieden günstigeren Erfahrungen auf diesem Gebiet im Folgenden mitzutheilen.

Unser Material an Nierensteinen ist zufällig in dem letzten $1^1/_2$ Jahre nicht groß; ich hatte in Folge dessen nur 3mal Gelegenheit, Diagramme von Nierensteinen anzufertigen.

Von diesen 3 Fällen liegen nur die Bilder und Steine von zweien vor.

Ich muss gestehen, dass bis zum Erscheinen der Ringel'schen Arbeit eine genauere chemische Untersuchung dieser Konkremente nicht vorgenommen war, die Steine waren durchsägt und nach dem Aussehen der Sägeflächen als Phosphatsteine bezeichnet worden.

A priori lag für uns nichts Wunderbares darin, dass Phosphatsteine Röntgenbilder ergäben, da wir dies von anderen Phosphatverbindungen, z. B. den Knochen, die ca. 60% Phosphate enthalten, gewöhnt sind.

Kurz möchte ich zunächst die beiden Fälle skizziren, in denen ich von Nierensteinen Röntgenbilder erhielt.

In dem 1. Falle handelte es sich um ein 10jähriges Mädchen, das mit einer Fistel in der linken Nierengegend eingeliefert wurde. Aus der Fistel wurden in 24 Stunden ca. 100 ccm wässrigen Sekrets secernirt, in dem keine Urinbestandtheile nachgewiesen werden konnten. Trotzdem wurde das Sekret als aus der Niere stammend angenommen, wobei vorausgesetzt wurde, dass die Nierensubstanz völlig degenerirt sei. Auf der Röntgenphotographie sah man 4 Steine, 1 größeren, dessen Form und Größe völlig dem Nierenbecken entsprach, und 3 kleinere, etwa von Erbsengröße. Der Befund nach Röntgen wurde durch die Operation völlig bestätigt.

Die 2. Pat. war eine 38 Jahre alte Frau, die schon mit leichten septischen Erscheinungen in die Klinik gebracht wurde. In der linken Nierengegend fand sich eine ausgedehnte Dämpfung, die auf einen perinephritischen Abscess bezogen wurde; als Ursache für letzteren wurde ein Stein in der Niere angenommen. Die

Annahme wurde durch die Röntgenphotographie gesichert, es erschien auf dem Bild ein ca. walnussgroßer Stein. Der Abscess wurde durch Incision entleert. Pat. starb, bevor es zur Nierenexstirpation kam; die Sektion brachte den Stein zu Tage.

Besonders der letzte Fall wäre wegen der großen Eiteransammlung nach Ringel ungeeignet gewesen, ein Röntgenbild zu geben. Die nachträglich erfolgte genauere chemische Untersuchung, die ich Herrn Prof. Röhmann verdanke, ergab, dass beide Steine aus phosphorsaurem Kalcium und -Magnesium, neben geringen Mengen von phosphorsaurem Ammoniak bestanden.

Durch diese beiden Fälle wäre allein schon die Möglichkeit erwiesen, selbst unter erschwerten Verhältnissen Röntgenbilder von Phosphatsteinen zu erhalten.

Um nun auch das Verhalten der anderen beiden Nierensteinarten — der Urate und Oxalate — gegenüber den X-Strahlen prüfen und sie unter einander vergleichen zu können, musste ich wegen Mangel an geeignetem Material zum Experiment[1] greifen.

Bemerken möchte ich noch an dieser Stelle, dass Ringel wohl nicht Recht hat, die Phosphatsteine bei Nephrolithiasis als die häufigsten zu bezeichnen. Dies stimmt mit der Erfahrung nicht überein. In unserer Sammlung haben wir 14 Nierensteine, von denen nach dem makroskopischen Aussehen 8 Urate, 4 Phosphate und 2 aus oxalsaurem und kohlensaurem Kalk zusammengesetzte Steine sind. Auch in den Lehrbüchern, z. B. Strümpell, Leube, findet sich die Angabe, dass die Urate die häufigsten sind; dann folgen die Phosphate, schließlich die Oxalate.

Ich wählte zunächst 3 möglichst chemisch reine Steine aus, zu denen ich noch einen 4. gemischten Stein nahm, der einen Oxalatkern hatte, um den eine Phosphatschale lag. Diese 4 Steine brachte ich auf eine photographische Platte und ließ die X-Strahlen auf alle einwirken. Der Erfolg war in so fern überraschend, als nicht der Phosphatstein, wie ich nach den Ringel'schen Versuchen erwartete, sondern der Harnsäurestein am meisten für die Strahlen durchgängig war, d. h. das schwächste Bild gab. Dies Resultat erhielt ich nicht nur einmal, sondern öfters; eins dieser Bilder erlaube ich mir beizugeben.

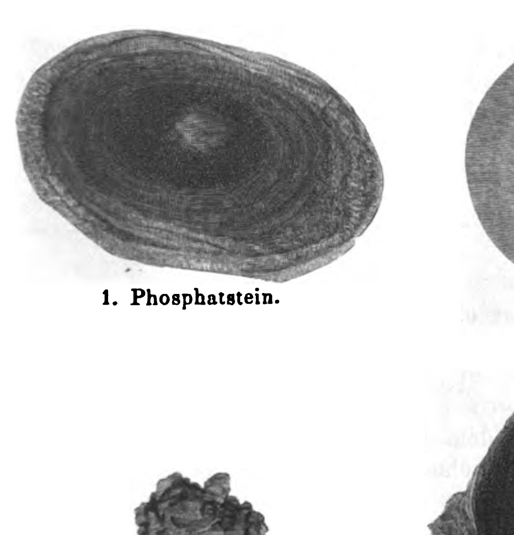
In einem 2. Versuch legte ich alle 4 Steine auf das Abdomen eines mittelstarken 28jährigen Pat. und photographirte die Steine durch den ganzen Körper des Pat. hindurch. Das Resultat war ein recht gutes, alle 4 Steine erschienen auf der Platte und verhielten sich wie beim Vorversuch, das schlechteste Bild gab der harnsaure Stein, das beste der Oxalatstein, die Mitte hielt der Phosphatstein. Die Verhältnisse waren hier für das photographische Resultat nicht be-

---

[1] Da mir nicht genügend chemisch reine Nierensteine zur Verfügung standen, experimentirte ich mit Blasensteinen, wogegen wegen der gleichen chemischen Zusammensetzung ein Einwand wohl nicht gemacht werden kann.

sonders günstig; so lagen z. B. wegen des ausgesprochenen Abdominaltypus der Athmung des männlichen Pat. die Steine nicht ruhig, sie erschienen desshalb auf dem Bild größer. Doch ich wählte absichtlich eine komplicirtere Versuchsanordnung.

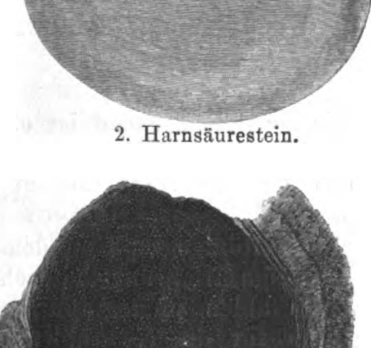
Der Versuch ist gleich geltend für Nieren- uud Blasensteine; von letzteren habe ich schon Eingangs erwähnt, dass sie sich chemisch gleich den Nierensteinen verhalten. In dem letzten Jahre habe ich außerdem alle Fälle von Blasenstein, die in der Klinik lagen — 8 an Zahl — mittels Röntgenstrahlen photographirt. Alle 8 ergaben ausgezeichnete Bilder, obgleich es sich mehrfach um recht fettleibige Pat. handelte. Die Steine waren zum größten Theil gemischt aus Harnsäure und Phosphaten.



1. Phosphatstein.

2. Harnsäurestein.

3. Oxalatstein.



4. Oxalatstein mit Phosphatschale.

Nach all Diesem dürfte in dem chemischen Verhalten der Steine kein Hinderungsgrund zu finden sein, diagraphische Bilder von ihnen zu erhalten, auf Grund derer die Diagnose auf Nierensteine sicher gestellt werden kann.

Wir müssen desshalb die Misserfolge anderer Beobachter auf andere Momente beziehen. Von größter Bedeutung scheint in der Richtung neben der Qualität der Röhren die Expositionszeit zu sein.

In seinem Lehrbuch verlangt Gocht[2], dass ein gutes Röntgenbild nicht nur Knochen, sondern auch Weichtheile, z. B. Sehnen,

[2] M. Gocht, Lehrbuch der Röntgenuntersuchungen. Stuttgart, 1898.

erkennen lasse. So sehr ihm jeder auf diesem Gebiet Erfahrene hierin zustimmt, so wird sich doch keiner über die hier bestehenden Schwierigkeiten hinwegtäuschen. Wählt man die Expositionszeit nur ein Weniges zu lang, so treten die Weichtheilkontouren immer mehr zurück, während sich die Knochen schärfer hervorheben. Die Konsequenz dieser Thatsache ist: die leichter durchleuchtbaren Körper müssen kürzere Zeit exponirt werden, wenn man von ihnen überhaupt Bilder erhalten will.

Möglicherweise hat Ringel in dieser Beziehung einen Fehler begangen; er sagt nämlich, dass seine negativen Resultate an der Güte der Bilder nicht gelegen haben könnten, da die Kontouren der Wirbelsäule deutlich sichtbar gewesen seien, und zwar so, dass man selbst Details daran hätte erkennen können.

Eben diesem Grund möchte ich es auch vielleicht zuschreiben, dass fast alle bisherigen Versuche mit der Röntgenphotographie von Gallensteinen missglückt sind; vielleicht bringt uns auch in dieser Beziehung eine verbesserte Technik vorwärts.

III.

Zu derselben Frage ist eben ein kurzer Artikel in englischer Sprache aus der Feder des Herrn Dr. Ch. C. Leonard in Philadelphia bei der Redaktion eingegangen, dem wir Folgendes entnehmen:

Verf., Röntgograph an dem Universitätshospital, theilt zunächst die bisherige Erfahrungsthatsache mit, dass man Nierensteine mittels Röntgenstrahlen photographiren kann. Am durchlässigsten haben sich ihm für die X-Strahlen die Phosphatsteine gezeigt, während sich die Urate weniger, am geringsten die Oxalate durchlässig erwiesen. Diesen Unterschied in der Durchlässigkeit führt er auf die Verschiedenheit der Röntgenröhren zurück. Bekanntlich unterscheidet man weiche und harte Röhren. Die harten Röhren finden in ihrer Durchleuchtungskraft fast keinen Widerstand, während die weichen Röhren Differenzirungen zwischen den sonst leicht durchleuchtbaren Geweben wie Fett, Muskeln, Sehnen etc. zu Stande bringen.

Verf. hat bisher Gelegenheit gehabt, in 17 Fällen Nierenaufnahmen zu machen, eben mit weichen Röhren; in allen diesen Fällen erhielt er den Nierenschatten; in 11 Fällen fand er Nierensteine, in 6 Fällen fehlten solche. Die Operation resp. die Sektion bestätigten seine Befunde.

L. fasst seine Arbeit in folgende Thesen zusammen:

1) Je nach dem Vacuum der Röhre sind die »Röntgenentladungen« verschiedenartig. Diese Verschiedenheit prägt sich in ihrer durchleuchtenden Kraft aus. Die Strahlen einer weichen Röhre sind geeignet, die wenigst dichten Gewebe zu differenziren.

2) Die vervollkommneten selbstregulirbaren Röhren ermöglichen in einer »weichen« Röhre eine so genügende Anzahl »Röntgenentladungen« zu erzeugen, dass die Lendengegend durchleuchtet und eine Differenzirung zwischen Nieren und umgebendem Gewebe dabei erreicht wird.

3) Die sichere Diagnose der An- oder Abwesenheit aller Arten von Nierensteinen ist durch klinische Versuche als möglich erwiesen worden. 11 Fälle sind daraufhin operirt, und in jedem Falle ist die Diagnose in allen Einzelheiten bestätigt worden.

4) Diese Methode der Diagnose ist gefahrlos für den Pat. Ihre mathematische Genauigkeit sichert die Entdeckung aller anwesenden Steine und ihre vollständige Entfernung durch eine Operation.

5) Es ist ferner die einzige diagnostische Methode, welche vor der Operation positiv sicherstellen lässt, ob eine oder beide Nieren Steine enthalten.

6) Die Sicherheit, ja Harmlosigkeit der Methode gebietet ihre möglichst frühe Anwendung. Die dadurch gesicherte Frühdiagnose kann die Schwere der Nierensteinoperation und ihre Mortalität herabsetzen. Redaktion.

---

1) **P. G. Unna.** Schutzdecke gegen X-Strahlen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXVI. No. 10.)

U. empfiehlt als Schutzdecke für Solche, welche viel mit X-Strahlen arbeiten, auf Grund von Versuchen einen Zinkleim, dem je 10 % Zinnober und Wismuthoxychlorid zugesetzt sind; und zwar soll der Leim doppelt aufgetragen und wattirt werden. Er kann vielleicht auch statt der bisher benutzten Metallfolien zur Abdeckung der gesunden Haut bei der X-Strahlenbehandlung benutzt werden.

Jadassohn (Bern).

2) **Lambertz.** Über den Werth der Röntgen'schen Strahlen für den Heeressanitätsdienst.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. II. Hft. 2.)

Verf. hat an der Kaiser Wilhelmsakademie seine Studien über die Verwendung der Röntgenstrahlen in der militärärztlichen Praxis gemacht. Er sagt selbst, dass in Friedenszeiten die Anwendung der X-Strahlen im Heersanitätsdienst wenig Besonderheiten gegenüber der allgemeinen Verwendung in der Medicin habe. In Folge dessen bieten seine Mittheilungen nichts besonders Neues, geben aber eine ganz werthvolle Übersicht über das, was wir heut zu Tage an Hilfe zur Feststellung der Diagnose von den Röntgenstrahlen erwarten können.

H. Wagner (Breslau).



3) **G. Parlavecchio.** Die Explorativlaparotomie bei den schweren Unterleibsverletzungen.

(Bull. della soc. lancisiana degli ospedali di Roma 1898. Fasc. I.)

Die Frage, ob eine penetrirende Bauchwunde mit einer Verletzung der inneren Bauchorgane komplicirt ist oder nicht, ist nur in relativ wenig Fällen mit Sicherheit nach den Symptomen zu entscheiden. Denn die positiven Zeichen hierfür (Blutbrechen, Blutharnen, schwerer fortschreitender Collaps, Kothgeruch der Wunde, Vorfall des verletzten Organs) sind nur selten vorhanden, die übrigen diagnostischen Merkmale einer Eingeweideverletzung unsicher, Untersuchung mit dem Finger, der Sonde etc. gefährlich. Unter diesen Umständen ist auch das therapeutische Verhalten bei diesen Verletzungen unsicher. Absolute Enthaltung von der Operation gilt nach Ansicht des Verf. nur in Fällen, wo alle Hilfsmittel zur Laparotomie fehlen, oder wo die Verletzungen so ausgedehnte sind, dass chirurgische Hilfe nichts mehr nützen kann (bei Sterbenden). Abwarten darf man, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass eine einfach penetrirende Wunde vorliegt, oder wenn schon ein oder mehrere Tage seit der Verletzung vergangen sind, ohne dass Anzeichen innerer Verletzungen auftraten, oder wenn sich eine umschriebene Peritonitis zu bilden im Begriff steht. Außerdem muss natürlich in allen Fällen, wo der Verletzte oder dessen Angehörige eine Operation entschieden verweigern, von chirurgischen Eingriffen abgesehen werden; womöglich soll man sich diese Weigerung schriftlich geben lassen. In allen übrigen Fällen von penetrirenden Bauchwunden ist die sofortige Probelaparotomie angezeigt. Letztere hat, wenn regelrecht ausgeführt, nur minimale Gefahren; andererseits kann sie Vielen, welche Wunden der inneren Bauchorgane haben, und die sonst sicher verloren wären, das Leben retten. Die Laparotomie soll im Allgemeinen in einer Erweiterung der vorhandenen Wunden bestehen; nur bei den penetrirenden Wunden, die im Rücken gelegen sind, ist eine Ausnahme zu machen, indem auch hier die Laparotomie von vorn vorzunehmen ist. Wenn eine Verletzung der Eingeweide gefunden wird, so ist selbstverständlich sofort die entsprechende chirurgische Therapie vorzunehmen. — Im Anhang berichtet Verf. über 8 Laparotomien bei Unterleibstraumen; davon wurden 5 geheilt, 3 starben. Von den Todesfällen ist einer auf den »Shock« zurückzuführen (keine Peritonitis); ein 2. war erst im Stadium der eitrig-fauligen Peritonitis operirt worden, weil Pat. vorher eine Operation verweigert hatte; der 3. betraf eine Hochschwangere, die sich durch Sturz aus dem Fenster tödtete, und bei welcher die Sectio caesarea in moribunda (Uterusruptur) zur Ausführung kam.

H. Bartsch (Heidelberg).

4) **N. Wolkowitsch.** Zur Frage über Bauchwandschnitte bei Laparotomien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVII. Hft. 4.)

Verf. tritt der Frage näher, warum wir bisher nach Laparotomien die Bauchbrüche nicht sicher vermeiden konnten. Er glaubt, die Hauptursache in der Art suchen zu müssen, wie wir den Bauchwandschnitt ausführen. In der Linea alba liegen die Verhältnisse ungünstig, da hier sich die Aponeurosen der geraden und beiden breiten Bauchmuskeln vereinigen, und an sich die Narbe in bindegewebiges Gewebe fällt. Beim Schnitt in seitliche Partien wird meist nur ein Muskel in seiner Verlaufsrichtung durchtrennt, die anderen quer durchschnitten, was an sich ungünstig ist. W. legt desshalb den Schnitt nicht ganz median, sondern durch den Rectus an. Die Naht wird in 3 Etagen ausgeführt, von denen die 1. Bauchfell und hintere Muskelscheide, die 2. die übrigen Schichten außer der Haut, die 3. die Hautränder selbst vereinigt. Bei seitlichen Schnitten wird der Verlauf derselben meist den Fasern des Musc. obliquus externus entsprechend angelegt, dann werden die einzelnen Muskeln ebenfalls ihrer Verlaufsrichtung nach zum Theil stumpf durchtrennt, der Transversus also perpendikulär zum Rectus. In derselben Richtung erfolgt die Durchtrennung des Bauchfells. Genügt der angelegte Schnitt nicht, so schneidet Verf. die Aponeurose des Rectus ohne Schaden ein und erhält dadurch genügend Raum und Übersicht. Den Schnitt am Außenrand des Rectus empfiehlt er nicht.

Die Principien des Autors sind zum Theil recht billigenswerth, und es verlohnt sich, die Einzelheiten seiner Operationsweise näher zu verfolgen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

5) **G. Minxewitsch.** Sur la fermeture de la plaie abdominale après la laparotomie.

(Ann. de gynécol. 1898. November.)

Für die Heilung einer Bauchwunde kommen vor Allem in Betracht:

a. Der Sitz der Incision. M. bevorzugt bei normalen Bauchdecken die Linea alba.

b. Das Nahtmaterial. Die Seide hat sich noch immer am besten bewährt.

c. Die Nahtmethode. Hier konkurriren vor Allem die einfache oder Massennaht und die Etagennaht. M. hat in 19 Fällen die Narben solcher Nähte (11 Massen-, 8 Etagennähte) mikroskopisch untersuchen können und gelangt zu dem Schluss, dass bei normalen Bauchdecken die einfache Naht bessere Narben liefert, als die Etagennaht. Nur bei excessiv dünnen oder dicken Bauchdecken ist letztere vorzuziehen, jedoch auch in Verbindung mit der einfachen Naht der oberen Schichten.

Jaffé (Hamburg).

---

6) **Letulle.** Appendicites aigues; caractères histo-pathologiques.

(Presse méd. 1898. No. 52.)

Verf. sucht den Beweis zu führen, dass nur eine genaue mikroskopische Untersuchung im Stande ist, in vielen Fällen von akuter Epityphlitis festzustellen, welcher Art die infektiöse Alteration des Wurmfortsatzes sei. Auch der scheinbar normale Wurmfortsatz enthält oftmals Zeichen chronischer Veränderung, follikulärer und perifollikulärer Art, welche Verf., wie viele Andere, geneigt ist, in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Pathogenie der Epityphlitis zu bringen. An der Hand von vorzüglichen Abbildungen werden einzelne, besonders häufige anatomische Befunde besprochen, so die follikuläre hypertrophische Form, und dieselbe mit infektiöser Lymphangitis verbunden, ferner die perforirende und gangränöse Form. Nach seinen Ausführungen giebt es eigentlich keine primäre gangränöse Epityphlitis. Die histologische Feststellung ist hierbei eine sehr einfache: alle Grade von der einfachen Hyperämie bis zur eitrigen Einschmelzung der Gewebe kann man verfolgen. Je infektiöser der Process war, um so schneller tritt die Perforation ein, und um so weniger chronische Veränderungen werden gefunden. Verf. will auch histologisch streng die fibrinoide Nekrose und die Gangrän des Organs unterscheiden. Bei letzterer wird das ganze Organ befallen; jede Erkennung der einzelnen Gewebe ist aufgehoben.

Tschmarke (Magdeburg).

7) **Dieulafoy.** La toxicité de l'appendicite.

(Bull. de l'acad. de méd. 1898. No. 45.)

Verf. weist auf Grund experimenteller Untersuchungen und klinischer Beobachtungen hin auf die Gefahr, die bei der Epityphlitis dem Organismus durch die Intoxikation droht. Dieselbe kann in verschiedener Schwere auftreten. Am gewöhnlichsten und in den mehr gutartigen Fällen ist sie charakterisirt durch eine subikterische Färbung der Haut mit Urobilinurie und Albuminurie. Die ikterische Färbung ist, als Symptom einer Leberaffektion, die Erscheinung einer schweren Intoxikation und kombinirt sich bald mit nervösen und cerebralen Symptomen. Durch baldige Entfernung des Processus vermiformis kann man diese Erscheinungen zum Rückgang bringen.

Borchard (Posen).

8) **C. Koch** (Nürnberg). Über die Eröffnung der im kleinen Becken (Douglas) sich bildenden perityphlitischen Abscesse durch den parasacralen Schnitt.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 1.)

K. hat sich der parasacralen Schnittmethode in 3 Fällen der angegebenen Lokalisation perityphlitischer Abscesse mit Erfolg bedient. Die Schnittführung etc. war ungefähr die gleiche, wie bei Operation höher gelegener Mastdarmkrebse.

Kramer (Glogau).

9) **Guinard.** Traitement chirurgical de tuberculose peritonéale.
(Méd. moderne 1898. No. 68.)

Mit der stets steigenden Gefahrlosigkeit der Laparotomie an sich ist auch der Nutzen derselben für die Heilung tuberkulöser Bauchaffektion stets größer geworden, und es ist jetzt möglich, bestimmte Indikationen für ihre Anwendung bei der Bauchfelltuberkulose aufzustellen. Das Bauchfell kann ganz akut oder mehr chronisch erkranken. Die erstere Form, als fast stets tödlich, rechtfertigt einen Eingriff als letzten Versuch der Rettung. Die chronische Form geht einher mit Ascites, Geschwürsbildung oder ist rein fibrös. Zur ersteren Abart gehört auch der sogenannte »essentielle Ascites der jungen Mädchen«. Kontraindikationen geben für alle 3: tuberkulöse Erkrankungen anderer Organe. Besonderer Erwähnung bedarf die Pleuritis, die oft nach der Laparotomie ebenfalls rasch abheilt, aber durch ihr Bestehen die Narkose etc. gefährdet. Absolut kontraindiciren den Eingriff Darm- und Miliartuberkulose.

Für die Technik kommt die gewöhnlich starke Blutung beim Einschnitt und die häufige Darmverwachsung mit dem Wandperitoneum besonders in Betracht. Beim Ascites begnügt man sich mit einfacher Entleerung desselben, bei der geschwürigen Form sucht man die zwischen den Därmen gelegenen Abscessherde freizulegen, den Eiter zu entleeren und eine 4—10tägige Gummischlauchdrainage mit oder ohne Spülung und Ätzung durchzuführen. Bei der fibrösen Form soll man sich mit der Hebung des die ganze Operation bedingenden Darmverschlusses begnügen. Die günstige Wirkung der Eröffnung ist nach den Experimenten von Kischenski zu erklären durch die Exsudation eines stark baktericiden Serums, als Folge der Verletzung des Bauchfells. So hat Casati einfach die Einführung eines kleinen Gazestreifens durch eine kleine Öffnung empfohlen. Aber die weite Eröffnung ist vorzuziehen, weil man weniger im Dunklen tappt, als bei Punktionen, Injektionen etc. Eine Kontraindikation giebt selbst ein elendes Allgemeinbefinden nicht absolut, sonstige Erkrankungen sind von Fall zu Fall zu berücksichtigen. Ileus ist im Allgemeinen als Indikation für unbedingtes Operiren anzusehen.

Roesing (Hamburg).

---

10) **P. Berger.** Hernies.
Paris, **Masson et Cie.,** 1898. 204 S.

Die vorliegende Monographie über Hernien stellt die in 2. Auflage jetzt erschienene Bearbeitung dieses Themas durch B. für das große chirurgische Sammelwerk (»Traité de chirurgie«) von Duplay und Reclus dar und ist gleich der 1. Auflage durch ihren reichen, erschöpfenden Inhalt und ihre klare, durch sehr schöne Illustrationen unterstützte Darstellung ausgezeichnet. In der neuen Auflage sind alle seit 1892 erschienenen herniologischen Arbeiten, besonders auch der deutschen Litteratur, verwerthet, worüber auch das den einzelnen Kapiteln vorangehende Litteraturverzeichnis, so wie die im Text ent-

haltenen, unter den Strich gesetzten bez. Angaben Aufschluss geben. Leider fehlt dem Separatabdruck das Inhaltsverzeichnis, welches erst das Gesammtwerk Traité de chirurgie bringt, so dass man einige Mühe hat, besonders interessirende Abschnitte aufzusuchen. Auch wird der deutsche Leser ein Eingehen auf die für ihn durch die Unfall- und Invaliditätsversicherungsgesetze des Deutschen Reiches aktuell gewordenen Fragen, über den Zusammenhang zwischen der Entstehung eines Bruches und einem gewerblichen Unfall, über den Grad der durch ersteren veranlassten Beschränkung der Erwerbsfähigkeit etc. vermissen. Da er hierüber jedoch in den deutschen Werken über Unterleibsbrüche leicht informirt werden kann, wird auch das vorliegende Werk bei seinen großen Vorzügen in der Bedeutung des B.'schen Antheils an den modernen Fortschritten der Chirurgie der Hernien in Deutschland Beachtung finden dürfen.

Kramer (Glogau).

---

11) **Görtz.** Zur Begutachtung der Bruchunfälle.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 12.)

Nach einer nicht gerade sehr kollegial gehaltenen Einleitung theilt Verf. einen von ihm aufgestellten Fragebogen für Bruchunfälle mit. Die überaus zahlreichen Fragen werden zwar den untersuchenden Arzt nichts übersehen lassen — und darin liegt der große Vorzug des Bogens — ob aber bei der Indolenz und der aus begreiflichen Gründen häufig geringen Glaubwürdigkeit der Verletzten in jedem Falle Klarheit wird erlangt werden können, ist doch sehr fraglich.

Teubner (Hannover).

---

12) **C. Kaufmann** (Zürich). Die Untersuchung und Begutachtung der sogen. Unfallbrüche.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1898. No. 23.)

Der Vortrag K.'s hat den bekanntesten Chirurgen der Schweiz Gelegenheit zur Aussprache über die Begutachtung der sogen. Unfallbrüche gegeben. K. stellt die Forderung auf, der zuerst untersuchende Arzt soll sofort auf die Frage des Unfalls oder der Überanstrengung eintreten, und sie, so weit ihm möglich, erklären. Wie weit indess für den Begriff »Überanstrengung« persönlichem Geschmack Spielraum gelassen ist, geht daraus hervor, dass Paul Berger die Frequenz der »Hernie de force« jenseits des 15. Lebensjahres auf 30,8% aller Brucherkrankungen berechnet, die deutsche Unfallstatistik dagegen nur auf 5,6—7,5%. K. stellt weiterhin als Erfordernis für Schadenersatzanspruch auch den Nachweis, dass der Bruch frisch und plötzlich unter heftigen Schmerzen in die Erscheinung getreten sei. Indem er auf die erste Untersuchung näher eingeht, kommt er zu dem Schluss: Ein Unfallbruch ist ohne Weiteres nicht anzunehmen, so fern nur eine der folgenden Bedingungen zutrifft:

1) Wenn er bei der gewohnten und betriebsüblichen Arbeitsverrichtung in die Erscheinung trat.

2) Wenn heftige Schmerzen beim Bruchaustritt fehlten, und der Arzt nicht sofort, d. h. innerhalb der ersten 2 Tage, sondern erst später zugezogen wurde. [Diesen Satz würde das deutsche Reichsversicherungsamt nicht gelten lassen. Ref.]

3) Wenn ein Bruch mit Sicherheit als alter Bruch erkannt wird.

Kocher lässt, wie schon ein früheres Referat besagt, auch Unfallbrüche bei vorgängiger Disposition als entschädigungspflichtige Unfallsbrüche gelten. Krönlein theilt diesen Standpunkt nicht.

P. Stolper (Breslau).

---

13) A. W. Martynow. Über die anatomischen Grundsätze bei der Radikaloperation der Leistenbrüche.

(Chirurgie Bd. IV. p. 44. [Russisch.])

M. unterwirft die jetzt am meisten geübten Verfahren der Radikaloperation von Leistenbrüchen einer vergleichend kritischen Werthschätzung und giebt dabei namentlich vor dem Kocher'schen Verfahren dem von L. Championnière-Bobrow den Vorzug. Bei diesem wird nach Trennung der vorderen Wand des Leistenkanals und Entfernung des Bruchsacks die Bruchpforte dadurch verengt, dass Nähte angelegt werden, welche oben die gesammte Fascienmuskelschicht mit der Fascia transversa, unten den zum M. obl. ext. gehörenden Fascientheil in der Nähe des Poupart'schen Bandes umfassen. Es kommt hier besonders auf genaue Naht an. Der Samenstrang kommt nach innen von den Nähten zu liegen. Vom anatomischen Standpunkte gebührt der Bassini'schen Methode der Vorzug, die Championnière-Bobrow'sche ist einfacher, aber erst die entfernteren Erfolge müssen das letzte Wort sprechen. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

---

14) A. G. Podres. Die radikale Herniotomie nach Kocher bei freien und eingeklemmten Brüchen (36 Fälle).

(Med. Obosrenje 1898. December. [Russisch.])

P. operirt streng nach Kocher nur bei sog. normalen Brüchen (gut isolirbarem Bruchsack, mittelgroßem Leistenkanal, festen Bauchwänden und freiem Bruch). Bei angeborenem Bruch isolirt er den Sack noch über den inneren Leistenring hinaus (wie bei Lucas-Championnière) und verfährt weiter nach Tiele: Durchschneidung des Sacks zwischen zwei Ligaturen an der Grenze der Verwachsung von Sack und Samenstranghüllen; der obere Theil wird nach Kocher versorgt, der untere deckt den Hoden. Bei eingeklemmten Brüchen wird das Innere des Sacks desinficirt, der Inhalt reponirt, dann der Sack am inneren Ring abgeschnitten und nun erst der Hals nach Lucas-Championnière hoch hinauf isolirt und nach Kocher versorgt. (Bei 20 solchen Operationen sah P. keine Zwischenfälle). Endlich, bei breitem Leistenkanal und atrophischen Bauchwänden, wendet P. eine besondere Methode an, die er Transplantation der Leistenkanalwände nennt. Die vordere Wand wird bis zum inneren

Ring gespalten, dann der Bruchsack nach Kocher transplantirt, der Samenstrang isolirt; nun werden beide Lappen der vorderen Wand so weit von der Unterlage abpräparirt, dass jede Hälfte den ganzen Gang bedecken kann, und endlich die Lappen einer über den anderen genäht (also Verdopplung der vorderen Wand und fast vollständige Obliteration des Kanals). 8 solche Operationen gaben ausgezeichnete Resultate. Den Bruchsack entfernt P. immer, benutzt ihn nicht zur Verstärkung der vorderen Wand.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

15) **J. L. Faure.** Sur un nouveau procédé de cure des hernies sans fils perdus.

(Presse med. 1898. No. 9.)

Das neue Verfahren besteht darin, dass Verf. den Bruchsack als Nahtmaterial benutzt. Derselbe wird der Länge nach gespalten, die beiden Theile werden etwas torquirt, an ihrem Anfang doppelt zusammengeknotet, und sodann mit diesen Strippen die beiden Pfeiler des Leistenkanals vernäht. Man kann zu dieser Naht entweder eine einfache Kocher'sche Klemmpincette benutzen oder eine von Collin eigens dazu konstruirte große Nadel nach Reverdin. Man erhält so eine doppelte, sich kreuzende Naht, deren Festigkeit nicht geringer ist als die mit Katgut oder Seide, dazu mit einen lebenden, organisirten Material, welches nicht resorbirt zu werden braucht oder als Fremdkörper wirkt. Der Schluss der Naht wird wieder durch einfache oder mehrfache Knotung beider Enden besorgt. Haben die Knoten Neigung sich zu lösen, so kann man sie provisorisch mit einer Klemme festhalten, oder den Schlussknoten mit einem Katgutfaden umschlingen oder in die Hautnaht mit einbegreifen. Dieses Verfahren ist auch mit einer kleinen Modifikation für die Operation nach Bassini zu verwenden, indem man mit dem einen Bruchsacktheil die hintere Wand des Leistenkanals näht, mit dem anderen die Muskelränder und vorderen Pfeiler. Das Verfahren ist natürlich nur anwendbar, wenn der Bruchsack eine hinreichende Länge und Festigkeit besitzt. 5 schematische Abbildungen bringen dasselbe zur Anschauung.

In einer Anmerkung gesteht Verf. die Priorität dieses einfachen und sinnreichen Vorgehens den beiden französischen Chirurgen Duplay und Cazin zu, welche es auf dem Chirurgenkongress 1897 in ganz analoger Weise beschrieben. Verf. ist aber unabhängig davon schon früher auf die Idee gekommen und hatte dieselbe bereits mehrfach ausgeführt.

Tschmarke (Magdeburg).

---

16) **Berger** (Paris). Hernie inguinale chez la femme.

(Méd. moderne 1898. No. 76.)

Der Leistenbruch der Frauen ist fast stets angeboren, wenn er auch erst im späteren Alter zur Beobachtung kommt. Nur bei ganz

kleinen Kindern will B. sich der Bandage bedienen. Sind die Kinder älter als 6 Jahre, empfiehlt er sofort zu operiren. Besonders muss in der Pubertät darauf gedrungen werden, um das Mädchen für das Geschlechtsleben von diesem Leiden zu befreien.

Roesing (Hamburg).

---

17) **P. J. Diakonow** und **A. W. Starkow.** Zur Frage der Entstehung und der Heilung der Nabelbrüche Erwachsener.

(Chirurgie 1898. p. 498. [Russisch.])

Die großen Schwierigkeiten, welche oft der Verschluss der Operationswunde nach der Radikaloperation des Nabelbruchs bei Erwachsenen macht, veranlassten die Verff., genaue anatomische Studien anzustellen über die Form der Nabelbruchöffnung, über die Verhältnisse der sogenannten Nabelfascie etc. Nach einer Darlegung der einschlägigen Litteratur schildern Verff. die Resultate, welche sie durch Untersuchungen an 20 Leichen (13 Kinder und 7 Erwachsene) in Bezug auf die sog. Nabelfascie erhalten haben. Diese Fascie war klar vorhanden in 11 Fällen, bei allen Erwachsenen und 4 Kinderleichen. Bei 2 Kinderleichen blieb das Vorhandensein zweifelhaft, bei 7 fehlte sie vollständig. Ferner fanden sie, dass die Bruchöffnung nicht medial, sondern seitlich von der Linea alba liegt.

Bei der wichtigen Frage, in welcher Richtung treten die Bauchdecken beim Nabelbruch aus einander, stellte sich auf Grund der anatomischen Untersuchungen und zahlreicher Experimente u. A. heraus, dass die Musculi recti sich bei Kontraktionen, was den muskulären Theil angeht, dem Entstehen einer Öffnung entgegenstellen, dass dagegen ihre Zusammenziehung ungünstig wirkt in Bezug auf den sehnigen, aponeurotischen Theil. Und zwar desswegen, weil dieser in Querfasern angeordnet ist, und diese Muskelkontraktionen senkrecht zu ihrer Längsachse einwirken und sie aus einander ziehen.

Eine große Reihe streng systematischer Versuche beschäftigen sich mit der Feststellung, in welcher Weise ein intraabdominaler Druck die Nabelgegend sprengt, welche Richtung sie reißt. Die Versuche wurden an Kinderleichen, an Leichen Erwachsener und an eben getödteten Hunden angestellt und in zweckmäßiger Weise variirt. Diese Experimente ergaben fast ausnahmslos, dass der Riss der Quere nach eintritt.

Ist nun die ursprüngliche Richtung der Nabelbruchpforte eine quere, so muss auch die Radikaloperation diesem Umstand Rechnung tragen; und so gingen die Autoren einen Schritt weiter und wenden jetzt bei Nabelbrüchen eine Operation an, bei welcher unterhalb der Bruchpforte an der Innenseite der Bauchwand ein rechteckiger, Muskelsubstanz vom Rectus enthaltender Lappen mit der Basis nach oben gebildet und die Bruchpforte durch Anklappen nach oben und Annähen derselben plastisch geschlossen wird. (Abbildung im Original). An 5 Hunden wurde dies Verfahren erprobt. Es wurde

der quer angelegte Defekt durch einen solchen Lappen gedeckt, der die Hälfte der Dicke der Rectusmuskulatur enthielt. Die Thiere überstanden die Operation gut, und der mit dem oberen Rande angenähte Lappen bildete einen derben, festen Verschluss. Dadurch, dass nicht die ganze Dicke des Rectus in den Lappen genommen wird, bleiben auch die von der Seite in den Muskel tretenden Nerven verschont. Man wird bei künftigen Nabelbruchoperationen am Erwachsenen nicht umhin können, die gründlichen Untersuchungen D.'s und S.'s auch in Erwägung zu ziehen.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

---

18) **F. Terrier.** Quelques remarques sur la cure radicale des hernies ombilicales non etranglées.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Juli.)

T. beschreibt ausführlich die Radikaloperation eines sehr großen Nabelbruchs bei einer 44jähr. Frau und veröffentlicht im Anschluss daran die Statistik des Hôpital Bichat, welche 25 operirte freie und 10 operirte eingeklemmte Nabelbrüche umfasst. Die 1. Kategorie ergiebt 4% Mortalität (1 Fall † an peritonealer Hämorrhagie), die letztere 60%. Er kommt zu dem Schluss:

1) dass die Radikalheilung der Nabelhernien fast in allen Fällen angezeigt ist, in denen nicht durch Herz- oder Lungenaffektionen oder durch Zucker- oder Eiweißgehalt des Urins Kontraindikationen bestehen;

2) dass die Radikalheilung à froid um so dringender gefordert werden muss, als die Operation der eingeklemmten Nabelbrüche so schlechte Resultate liefert.

W. Sachs (Mülhausen i/E.)

---

19) **F. Reach.** Ein Beitrag zur Prüfung der sekretorischen Funktion des Magens.

(Fortschritte der Medicin 1898. No. 19.)

Das Verfahren des Verf. beruht auf der Einführung zweier schwer löslicher jodhaltiger Substanzen in den Magen, von denen die eine unter der Einwirkung von Salzsäure Produkte bildet, die selbst wieder mit der 2. Substanz zu reagiren im Stande sind. Dadurch wird die zur Lösung und damit zum Nachweis im Speichel gebrachte Jodmenge unabhängig von den zur Einwirkung gelangenden Salzsäuremengen, und der Eintritt der Sekretion lässt sich exakter bestimmen. Als Substanzen verwendete R. Bariumjodat und Wismuthoxyjodid. Bei der Ansäuerung dieses Gemenges wird in Folge der Oxydation durch den aus der Jodsäure frei werdenden Sauerstoff aus beiden Körpern Jod frei. Da die Versuche am Menschen sich bisher nur auf 12 Personen beschränken, und insbesondere kein Fall mit Milchsäuregehalt des Magensaftes zur Verfügung stand, so will Verf. noch kein endgültiges Urtheil über sein Verfahren abgeben,

glaubt aber, dass es je nach der Schnelligkeit des Eintritts der Jodreaktion mit Sicherheit Hyperacidität zu diagnosticiren und Hypacidität auszuschließen gestattet. Im Reagensglasversuch hat er festgestellt, dass Milchsäure selbst in einer Koncentration von 1% nur Spuren der angewendeten Substanzen zu lösen im Stande ist, während selbst eine stark verdünnte Salzsäure (0,03%) viel stärker lösende Wirkung hat. **Teichmann** (Berlin).

---

20) **T. Kocher** (Bern). Zur Magenchirurgie bei Carcinom und bei Ulcus simplex.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1898. No. 20.)

K. verfügt bereits über 57 Resektionen von Magencarcinom; eine Frau lebt bereits 10 Jahre, eine andere 5, eine dritte 3, ein Mann 2 Jahre nach der Operation; auch 4 andere Pat., die zufällig (z. B. durch Ertrinken nach 3 Jahren) oder an anderweitigen Erkrankungen starben, sind als geheilt anzusehen. K. kann also schon von bleibenden Resultaten auch für die Operation bei Magenkrebs sprechen. Sein auch von anderen Chirurgen vielfach angenommenes Verfahren: Resektion, Occlusion des Magens, Gastroduodenostomie hat sich ihm bei 30 Operirten bewährt. Die 5 dabei vorgekommenen Todesfälle sind keinesfalls irgend einem Moment seiner Methode zuzuschreiben gewesen.

K. verwirft den Murphyknopf, weil man mit ihm zu sehr vom Fabrikanten und von Nebenumständen abhängig sei. Er sah ihn 1mal noch nach $1^1/_2$ Jahre fest im Pylorus sitzen, 3mal kam es zu Perforation. — Statt der unbequemeren Händekompression bewirkt K. den Magen- bezw. Darmverschluss durch starke Zangen. — Er verwendet zur Darmnaht nur Seide.

K. hält die Prognose der Operationen am Magen nach dem gegenwärtigen Stand für viel besser, als dies die weit zurückreichenden Statistiken von Ewald, Hacker u. A. zu erweisen scheinen. Um sie noch mehr zu verbessern, sei es nothwendig, die Pat. sowohl wegen Carcinom wie wegen Geschwür früher dem Chirurgen zu überweisen. Die Diagnose Carcinom lasse sich manchmal erst durch Nachweis einer Resistenz in tiefer Narkose erbringen. Beim Magengeschwür fehlten die Internen, indem sie fröhlich weiter behandelten, auch wo nach Monaten keine Spur von Erfolg ersichtlich sei. Das Vorhandensein freier Salzsäure spreche auch nach seiner Erfahrung durchaus nicht gegen Carcinom. **P. Stolper** (Breslau).

---

21) **M. E. Später.** Darmocclussie en gastrotenterostomie.

Amsterdam, **J. Clausen,** 1899. 85 S.

Unwegsamkeit, Verschluss des Verdauungstractus tritt nach Gastroenterostomie wesentlich in 4 Formen auf: 1) durch Kompression des Colons; 2) durch Incarceration von Darmschlingen im Schlitz

des Lig. gastrocolicum; 3) durch Verengerung der Magen-Darmfistel (bezw. völliges Ausbleiben der Fistelbildung); 4) durch Bildung des Circulus vitiosus. Den unter 3 und 4 genannten Störungen ist die Arbeit S.'s im Wesentlichen gewidmet.

Die Entstehung des Circulus vitiosus, wofür bereits eine Reihe von Autoren verschiedene Erklärungen abgegeben haben, ist auf Spornbildung in der Fistel zurückzuführen; sie kommt zu Stande, indem zu- und abführende Darmschlinge sich parallel an einander legen und so verwachsen. Die Schuld an diesem Ausgang trägt nach S. vielfach unzweifelhaft die Methode, und gestützt auf statistische und experimentelle Untersuchungen sucht S. den Nachweis hierfür zu erbringen.

Für Anlegung einer Magen-Darmfistel ist es nothwendig,

1) sie an tiefster Stelle, d. h. an der Hinterwand des Magens anzulegen, um die Entleerung zu fördern;

2) dass zu- und abführende Darmschlinge in langem Bogen verlaufen, d. h. in ziemlicher Ausdehnung festgeheftet werden; auf diese Weise wird Knickung und Verwachsung derselben mit einander vermieden;

3) dass die Lage der Darmtheile zu einander nach der Operation nicht zu verschieden sei von ihrer normalen; Einschnürung zwischenliegender Darmtheile, Zerrung und Knickung der angenähten Schlinge werden ausbleiben.

Diesen Bedingungen entspricht am vollständigsten die Gastroenterostomia retrocolica posterior von v. Hacker, die in der That geringe Procente Misserfolge aufzuweisen hat. (Von 278 Fällen 11mal [4%] Circulus vit.) Es bleibt demnach immerhin noch zu erklären, wodurch die Verwachsungen entstehen; einmal ist angedeutet, dass schwachvirulente lokale Peritonitis hierbei mitspielen könne. Den vorgenannten Forderungen wird zum Theil auch die von Wölfler angegebene, von Roux in die Praxis eingeführte Gastroent. en Y gerecht, sie ist jedoch zeitraubender und begünstigt die Infektion.

Unzulänglichkeit der Fistel ist häufig der Methode zur Last zu legen, sei es dass

1) von vorn herein die Öffnung zu klein angelegt wird;

2) überhaupt keine Fistelbildung zu Stande kommt (Bastianelli's, Souligoux' u. A. Methoden).

3) kann jedoch die Neubildung auf die Fistel übergreifen und sie verengern.

Die Behandlung des Verschlusses ist folgende: In den allerersten Tagen versuche man, durch Magenwaschungen dem Erbrechen Einhalt zu thun. Bleibt der Zustand schlecht, so ist mit der »Relaparotomie« nicht lange zu zögern. Besteht Circulus, so wird eine neue Anastomose zwischen den beiden Darmschlingen ausgeführt, die Enteroanast. complémentaire Braun-Jaboulay's, welche Chaput überhaupt jeder Gastroent. zuzufügen räth.

Ist die Fistel unzureichend, so wird entweder eine neue Gastroentero. st. angelegt, oder die Gastroenteroplastik gemacht — Längsincision über die Fistel hinaus und Umsäumung; beruht die Verengerung der Fistel auf carcinomatöser Entartung, so kommt die Gastroent. en Y zur Anwendung.

Anhangsweise bringt S. noch ein Referat über die mit Gastroent. erzielten funktionellen Resultate, aus dem hervorgeht, dass bei gutartiger Stenose im Allgemeinen Motilität und Sekretion günstig beeinflusst werden, welche letztere natürlich bei Carcinom kaum gebessert erscheint.

Die Arbeit enthält so ziemlich alles Wissenswerthe über Gastroenterostomie, deren kurze Monographie eigentlich sie mehr darstellt, als sie das Thema erschöpft. **Christel** (Metz).

---

22) **M. G. Tscherujachowski.** Ein intraabdominaler Kothrecipient.

(Annalen der russischen Chirurgie 1898. Hft. 6.)

T. erdachte ein Verfahren, um bei Anlegung des Kunstafters dem Kranken die Möglichkeit zu geben, Koth zurückzuhalten. Die Vorderfläche des Blinddarms wurde mit 2 Reihen Nähte an die vordere Bauchwand angenäht, um so die Peristaltik aufzuheben; oben wurde ein Zipfel der vorderen Darmwand durch die Wunde und durch eine Spalte der Bauchmuskeln gezogen und an die Haut genäht. Nach 6 Tagen Eröffnung des Zipfels. Pat. (Mastdarmcarcinom) hält den Koth etwa 6 Stunden, dann fühlt er ein Stechen in der Seite und kann den Koth durch Pressen entleeren; er kann diese Entleerung willkürlich unterbrechen. Nach einem Monat entstand Durchfall, und der meiste Koth ging wieder durch den After ab; um das zu verhindern, machte T. eine zweite Laparotomie höher oben, führte einen Faden als Tabaksbeutelnaht um das Colon transversum und schnürte ihn fest. Der Erfolg war sehr gut, der Durchfall hörte auf, Pat. besserte sich (bei der Operation wurde auch der Ascites entleert); doch nach einer Woche war auf unerklärte Weise das Colon wieder durchgängig geworden, und der Koth ging wieder durch den After. Pat. verließ sterbend die Klinik. — Um sich in Zukunft vor solchem Misserfolg zu schützen, will T. eine andere Methode versuchen; er will das S romanum an die Bauchwand fixiren, das mehr beweglich ist, und die Stelle peripher von der Befestigung abknicken und zur Wunde hervorziehen; hier will er dann den Kunstafter anlegen. Die Knickung soll dem Koth den Weg in den Mastdarm hemmen — Spornbildung; — dann kann man von hier auch den Mastdarm ausspülen. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

Kleinere Mittheilungen.

23) **M. Jacoby** (Berlin). Erysipel — Heilung — Streptokokkenabscess in der Narbe einer alten Kopfhautverletzung.

(Charité-Annalen 1898. p. 307.)

In der Flüssigkeit der Blasen bei einer Gesichtsrose wurden Streptokokken durch Präparat und Kultur nachgewiesen. Innerhalb weniger Tage lief die Erkrankung ab, aber 8 Tage nach völliger Entfieberung und Abschwellung begann sich in einer 2 Jahre vorher durch Kopfverletzung erworbenen Hautnarbe eine Eiterung zu entwickeln, welche am 3. Tage durch Schnitt entleert wurde, Heilung. In dem entleerten Eiter fanden sich dieselben Kokken, wie in den Erysipelblasen. Es wird hierdurch gezeigt, dass vorausgegangene Kopfverletzungen die Prognose einer Rose trüben und Komplikationen veranlassen können, so wie auch, wie bedeutungsvoll die Beschaffenheit der Gewebe im Kampf zwischen Bakterien und Organismus ist. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

24) **C. Achard** et **E. Weil.** Abcès métastatiques consécutifs aux injections sous-cutanées, dans les infections pneumococcique et éberthienne.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Oktober.)

Die Mittheilung enthält 3 Beobachtungen, deren erste sich auf eine an schwerer Lungenentzündung leidende 32jährige Frau bezieht. Im Anschluss an eine Koffeïninjektion entwickelte sich am rechten Oberschenkel ein Abscess, der in Reinkultur den Pneumococcus von Talamon-Fränkel enthielt.

Im 2. Falle fand sich bei einem Typhusrecidiv (28jähriger Mann) im subkutanen Abscess nach einer Methylenblauinjektion der Eberth'sche Bacillus, in einem dritten (Typhus mit Osteomyelitis der Ulna) entstand ebenfalls nach subkutaner Methylenblaueinspritzung ein Hautabscess à évolution froide, dessen Inhalt bakteriologisch nicht untersucht werden konnte. Die Verff. zweifeln nach der ganzen Art der Entstehung nicht, dass auch der Eberth'sche Bacillus im Spiele war. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

25) **M. Lesné.** Un cas d'infection staphylococcique du sang et du liquide céphalorachidien.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Juli.)

Ein Kind von 8 Monaten wurde in das Spital (Service Hutinel) gebracht, bedeckt mit zahlreichen Hautabscessen am behaarten Kopf, den Oberschenkeln und am Gesäß. Aus dem Eiter wurde Staphyloc. pyog. aur. und alb. gezüchtet. 2 Tage nach der Aufnahme entwickelt sich unter typischen Symptomen eine Cerebrospinalmeningitis. Die lumbale Punktion so wie die Punktion der sehr gespannten Fontanelle ergiebt klare Flüssigkeit, deren Gelatinekulturen den Staphyloc. pyog. alb. in Reinkultur zeigen. Dasselbe Resultat ergiebt die Impfung von $^1/_2$ ccm dem Sinus longitudinalis entnommenen Blutes auf Gelatine so wie die Impfung mit einem Tropfen von Milzblut. Der genannte Coccus fand sich also in der Cerebrospinalflüssigkeit, im Blut und in der Milz.

Trotz dieser schweren Erscheinungen erholte sich das Kind und nahm sogar an Gewicht zu. 4 Wochen nach der Aufnahme jedoch kam es zu neuen Erscheinungen: Gastroduodenalkatarrh, diffuse Bronchitis, Furunkulose der Kopfhaut und Abscess der Haut in der rechten Lendengegend, denen das Kind allmählich erlag.

Die Todesursache sieht Verf. in der Bronchopneumonie, und das Merkwürdige des Falles in der Abwesenheit pyämischer Erscheinungen, trotzdem das Blut wochenlang Staphylokokken enthielt.

Zum Schluss wirft L. die Frage auf, ob der Ursprung der Infektion im Darmkanal, in der Lunge oder auf der Haut zu suchen ist, ohne dieselbe jedoch mit Sicherheit beantworten zu können. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

26) **A. Alsberg** (Hamburg). Über einen mit Hilfe des Röntgenbildes diagnosticirten Fall von Nierensteinen mit Operationsbefund.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 51.)

Die vermutheten Nierensteine wurden erst durch das Röntgenbild sicher nachgewiesen und an der dem letzteren entsprechenden Stelle bei der Aufschneidung der unteren Nierenhälfte gefunden; es waren ein großer, 8 g schwerer, und ein Konglomerat kleiner Oxalatsteine. Naht der Nierenwunde etc. Heilung.

Kramer (Glogau).

27) **Chaput.** Un nouvel écarteur abdominal.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 197.)

Das von C. angegebene Instrument zum Auseinanderhalten der Bauchwundränder bei Laparotomien ist äußerst einfach, besteht aus einer elastischen, vernickelten Stahlplatte von 4 cm Breite und 17 cm Länge, die leicht über die Fläche gebogen ist. Die Ränder der Platte sind geradlinig, die beiden Enden konkav ausgeschweift und gezähnelt. Indem sich die Zähne des an seinen Platz gebrachten Instruments in die Muskulatur eindrücken, hält sich das Instrument vermöge seiner Elasticität von selbst. Eine Abbildung dient zur Erläuterung.

Reichel (Chemnitz).

28) **H. Högler.** Eine seltene Bauchverletzung.

(Wiener med. Wochenschrift 1898. No. 41.)

Einer jener Fälle, wo fast der ganze Darm längere Zeit aus einer Bauchwunde vorgefallen, unter den Kleidern gelegen hatte, und die Heilung anstandslos nach Reposition und Naht zu Stande kam. In diesem Falle handelte es sich um einen Landarbeiter, welcher bei einer Rauferei eine Stichwunde erhalten hatte und nach 6 Stunden, die er auf der Ofenbank im Gastzimmer ohne irgend welchen Schutz, die Därme unter dem Rock zusammen gehalten, verbracht, zur Behandlung gelangte.

Herm. Frank (Berlin).

29) **E. Fischl.** Über 2 Fälle einer seltenen Darmverletzung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Bei einer 55jährigen Frau, die sich in selbstmörderischer Absicht einen Messerstich in die Nabelgegend beigebracht hatte, fand sich bei der wenige Stunden nach der Verletzung vorgenommenen Laparatomie das theilweise in die Wunde vorgefallene Colon transversum in seinem ganzen Umfang des Mesenteriums, der Serosa und eines Theiles der Muscularis beraubt, so dass theilweise längs-, theilweise querverlaufende Muskelzüge bloßlagen, während die fehlende Hülle manschettenartig an der rechten resp. linken Flexur festsaß. Das lädirte Darmstück wurde resecirt, die Enden in die Bauchwunde eingenäht; nach 2 Tagen erfolgte der Tod im Collaps. Eine völlig analoge, aber noch ausgedehntere Darmverletzung zeigte sich bei der Laparotomie einer 2. Pat., die sich ebenfalls kurz vorher einen Messerstich in den Bauch beigebracht hatte; der Dickdarm war auf eine Strecke von ca. 35 cm. vor die Wunde vorgefallen und vom Colon ascendens bis zur Flexur seiner Serosa, des größten Theiles der Muskelschicht und des Mesenteriums beraubt, so dass nur ein Schleimhautschlauch übrig blieb, der rechts wie links in eine aus den abgerissenen Theilen bestehenden Manschette eingehüllt war. Das veränderte Darmstück ward auch hier resecirt, dann der Blinddarm mit der Flexur über einem Frankknopf vereinigt; nach 2 Tagen trat der Tod unter peritonitischen Symptomen ein.

Wie durch Leichenversuche bestätigt wurde, war im 1. Falle die eigenthümliche Verletzung nur so möglich, dass durch den Stich die Serosa und ein Theil der Muscularis durchtrennt wurde, und nachher die Kranke am prolabirten Stück nach beiden Seiten hin gerissen hat; im 2. Falle hat die Pat. selbst gestanden, den vorliegenden Darmtheil herausgezogen zu haben. Anschließend wird ein ähnlicher von Rokitansky publicirter Fall so wie 2 Fälle, in denen durch Quetschung entsprechende Darmverletzungen hervorgerufen waren, mitgetheilt.

Honsell (Tübingen).

30) **E. Hagenbach-Burckhardt** (Basel). Über Diplokokkenperitonitis bei Kindern.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1898. No. 19.)

Zwei Fälle von der besonders durch Comby (Traité des maladies de l'enfance 1897) bekannten Pneumokokkenperitonitis, beide bei Mädchen, gingen nach Eröffnung des abgesackten Exsudats in Heilung aus. Verf. glaubt, dass man aus dem makroskopischen Verhalten des Eiters und aus der subumbilikalen Lokalisation desselben eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auch ohne bakteriologischen Nachweis stellen könne aus folgendem Symptomenkomplex: voraufgehende Lungenerkrankung, akute Vergrößerung des Leibes und Druckempfindlichkeit, Fieber.

P. Stolper (Breslau).

31) **B. K. Finkelstein.** Zur Pathologie und Therapie der subdiaphragmatischen Abscesse.

Diss., St. Petersburg, 1897. [Russisch.]

Aus der Litteratur und verschiedenen Krankenhäusern sammelte F. 252 Fälle. Davon kommen 67 (26,6%) auf Rechnung von Magenerkrankungen, 27 (10,7%) nach Affektion des Darmes (10 Duodenum, 10 nach dysenterischen Geschwüren des Colon); 45 (17,8%) nach Typhlitis und Appendicitis, 23 (9%) traumatische Eiterungen, 23 (9%) nach Erkrankungen der Gallenwege, 11 (4,3%) bei Metastasen von Leber und Milz, 6 (2,3%) nach Erkrankungen der Brustorgane, 5 (2%) nach Nierenleiden, 10 (3,9%) bei Tuberkulose und Aktinomykose, 5 (1,9%) in gynäkologischen Fällen, endlich 30 (11,9%) gemischten oder unbekannten Ursprungs. Von den 252 starben 171 (67,9%). Von 134 Operirten genasen 56%. Die beste Operationsmethode ist Resektion der IX. oder X. Rippe in der Axillar- oder Scapularlinie. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

32) **N. Ssolomka.** Die Leistenbrüche bei den Hebräern in unserer Armee.

(Annalen der russ. Chirurgie 1898. Hft. 6.)

1890 wurde auf Befehl der Obrigkeit statistisch die Häufigkeit der Unterleibsbrüche bei Soldaten verschiedener Volksstämme festgestellt (man argwöhnte, dass die Hebräer künstlich Hernien hervorriefen, um vom Dienst befreit zu werden). Im Bezirk Kijew wurden 1885—90 von 176467 Mann 1011 wegen Hernien entlassen. 54691 Großrussen gaben 227 Hernien, 83947 Kleinrussen 333, 13229 Polen 66, 2130 Tschuwaschen 8, 1388 Deutsche 8, dagegen 12019 Hebräer 342. Während weiter bei allen anderen Stämmen die Brüche rechts 2—3mal häufiger waren, als links, wiesen die Hebräer 141 rechtsseitige und 177 linksseitige auf; beiderseitig waren bei ihnen 22 Brüche, bei allen anderen Stämmen nur 14. Wenn auch Verf. den schwächeren Bau der Hebräer nicht in Abrede stellt, so wagt er doch nicht, eine genaue Erklärung dieser Unterschiede zu geben.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

33) **K. K. Iwensen.** 115 Fälle von Radikaloperation von Leistenhernien nach Bassini.

(Chirurgia Bd. IV. p. 56. [Russisch.])

In der chirurgischen Klinik des Katharinaspitals in Moskau (Prof. Klein) wurden im Verlauf der letzten 4 Jahre 115 Radikaloperationen von Leistenbrüchen an 105 Kranken gemacht. Es waren darunter 100 Männer und 5 Frauen. In 13 Fällen handelte es sich um eingeklemmte Brüche, 14mal waren sie nicht eingeklemmt, aber auch nicht reponibel.

Bei den doppelseitigen Brüchen wurden beide Seiten nicht auf einmal operirt, mit Ausnahme eines besonders leichten Falles. Das Alter der Kranken war in den Grenzen von 12—77, meist 25—45 Jahren. 9 Brüche waren angeborene. 103mal Heilung p. p., 12mal durch Granulation. 1 Todesfall im Anschluss an die Operation eines eingeklemmten Bruches. Über das weitere Schicksal der Operirten konnten nur in 38 Fällen Erkundigungen eingezogen werden. Sie hatten kein Recidiv bekommen. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

34) A. E. Barker. A study of 200 consecutive operations for the radical cure of hernia.

(Brit. med. journ. 1898. September 10.)

B. hat 79mal nach eigener, 57mal nach Bassini's Methode — welche er bevorzugt wegen ihrer Dauererfolge — operirt, die übrigen Male nach Kocher, Macewen u. A. Er hat 3 Todesfälle — darunter einen an Äther zu verzeichnen. Bei Bauch- und Nabelhernien wendet er mit Erfolg die Silberdrahtnaht Schede's an. — B. erwähnt beiläufig einen Fall von Hernia cruralis externa, in dem der Bruchsack mit weitem Hals nach außen von den Schenkelgefäßen hervortrat — zwischen Spina ant. sup. und diesen. Der beigegebenen Zeichnung nach lag der Bruch zum Theil unter dem oberen Verlauf des Sartorius und stellt eine echte Hesselbach'sche Hernie dar. Nach einer Arbeit Bähr's (Archiv für klin. Chirurgie 1898 Bd. LVII Hft. 1) über diese Hernien, dürfte dies der erste operirte Fall eines äußeren Schenkelbruches sein. **F. Krumm** (Karlsruhe).

35) Lucas-Championnière. Présentation d'une pièce relative à une épiploïte chronique ayant transformé tout le tablier épiploïque en une masse indurée occupant tout l'abdomen, l'inflammation chronique ayant une hernie inguinale pour point de départ.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 195.)

In gleicher Weise, wie man das in einem Bruchsack lange Zeit vorgelegene Netzstück oft speckartig verändert findet, fand Verf. bei Gelegenheit der Operation eines alten, irreponiblen, großen Leistenbruches das ganze Netz, auch den im Bauch gelegenen Theil, verändert und zu einer unförmlichen, eine Neubildung vortäuschenden, mit den Bauchdecken stark verwachsenen Masse umgewandelt. Die Auslösung war sehr schwierig, gelang aber vollständig. Genesung.

Reichel (Chemnitz).

36) A. Mugnai (Arezzo). Ernie diverticolari ed ernie parietali.

(Clinica chirurgica 1898. No. 1.)

M. will an zwei Fällen seiner jüngsten Beobachtung ein Kapitel in der Lehre von den Hernien klar stellen, in welchem die Autoren noch immer zum Nachtheil der Sache mit falschen Terminis arbeiten: die sogenannten »kleinen Hernien« (ernie piccole). M. weist wieder darauf hin, dass Littre in seiner Mittheilung an die Académie des Sciences 1700 von einer Hernie eines Dünndarmdivertikels sprach, nachdem Darmwandbrüche bereits (seit Fabricius Hildanus) wohlbekannt und gut charakterisirt waren. Die Ursachen der Verwirrung sind für M. in der großen absoluten Seltenheit, dem unvollständigen Darmverschluss, der großen anatomischen Übereinstimmung bei beiden Vorkommnissen gelegen.

Der erste seiner Fälle betraf ein eingeklemmtes Divertikel des Dickdarmes in einem alten rechtsseitigen Schenkelbruch bei einer 40jährigen Frau. Es war etwa 9 cm lang, im Mittel 2 cm dick, am äußeren Drittel eingeschnürt und von da ab in beginnender Gangrän, die inneren Theile normal. Abtragung, Darmnaht. Heilung, 5 Monate später Wohlbefinden. M. hat in der Litteratur keinen gleichen Fall von Dickdarmdivertikel auffinden können.

Der zweite Fall, ein gangränöser Darmwandbruch einer Dünndarmschlinge in einer linksseitigen Schenkelhernie bei einer 40jährigen Frau, bietet nichts Besonderes; Resektion auf 15 cm Länge, Heilung. **J. Sternberg** (Wien).

37) Garrè. Beiträge zur Magenchirurgie. (Aus der chirurgischen Klinik in Rostock.)

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 37.)

G.'s Bericht betrifft seine eigenen in den letzten 3½ Jahren in Rostock gesammelten Erfahrungen auf dem Gebiet der Magenchirurgie und umfasst im Ganzen 74 Fälle (44 männlich, 30 weiblich), unter denen 60 Carcinome und 16 Geschwüre des Magens und deren Folgezustände waren. Operirt wurden 41 Kranke. Darunter sind 5 Fälle von Pylorusresektion wegen Krebs, nach welcher nur in

1 Duodenum und Magen mit einander vereinigt, während in den 4 übrigen jedes für sich vernäht und eine Gastroenterostomie angeschlossen wurde. 2 starben an Peritonitis, die Überlebenden nach längerer Zeit an Recidiv; 1 davon war 1½ Jahr frei von solchem. Weiter kamen 19 Gastroenterostomien wegen Carcinom zur Ausführung, und zwar stets durch die Nahtmethode (2mal nach v. Hacker, sonst nach Wölfler); 7 Fälle gingen zu Grunde, davon 3 an Peritonitis, 2 an technischen Fehlern etc. Bei den Übrigen war der Erfolg ein guter, besonders auch durch sehr rasche Gewichtszunahme der Kranken. Wegen einfachen Magengeschwürs und dessen Folgezuständen wurden 9 Pat. operirt — 4mal durch Pyloroplastik, je 1mal durch Gastroenterostomie, durch Divulsion des Pylorus und Durchtrennung von Adhäsionen, Resektion der Magenwand wegen Geschwürs, Gastroplastik wegen Sanduhrmagen und Gastroplastik mit Enteroanastomose wegen in das Colon transversum perforirten Geschwürs; sämmtliche Fälle genasen, in 8 derselben war das Endresultat sehr gut. — Schließlich sind noch 8 Probelaparotomien wegen Krebs zu erwähnen; die betr. Pat. überstanden den Eingriff.

Kramer (Glogau).

38) **Skliffosowsky.** Über gutartige papilläre Geschwülste der Magenschleimhaut.

(Virchow's Archiv Bd. CLIII. p. 130.)

S. beschreibt einige der in der Überschrift näher bezeichneten Geschwülste und ist geneigt, dieselben der Gastritis proliferans zuzuweisen.

Fr. Pels Leusden (Göttingen).

39) **Capanin.** Gastrorrafia per ulcera rotonda perforata.

(Riforma med. 1898. Nr. 33 u. 34.)

Ein 27jähriger Pat., der seit längerer Zeit an Magengeschwür litt, kam ca. 9 Stunden nach der Perforation eines solchen zur Operation. Nur mit großer Mühe ließ sich die kleine, in der Nähe des Pylorus an der kleinen Curvatur liegende Öffnung auffinden. Der Pylorus war außerordentlich eng, eine Pyloroplastik war unmöglich wegen knorpelartiger Starrheit der ganzen Umgebung; zu einer Gastroenterostomie fehlte bei der Schwäche des Pat. die Zeit; es wurde desshalb nur die Dilatatio pylori nach Loreta ausgeführt. Die Perforation wurde übernäht, der stark erweiterte Magen durch Gastroplicatio nach Bircher verkleinert; Tamponade. Der in den 1. Tagen nach der Operation hoffnungslos erscheinende Fall kam zur Genesung. Nach 2 Monaten stellte sich jedoch wieder starkes Blutbrechen ein; daher jetzt Gastroenterostomia posterior mit Murphyknopf; seitdem Wohlbefinden des Pat. (1 Monat nach der Operation kam der Knopf zum Vorschein — aber nur zur Hälfte!) [Die Konstruktion dieser Knöpfe dürfte wohl eine genaue Revision verdienen. Ref.] **W. Petersen** (Heidelberg).

40) **J. Berg.** Bidrag till frågan om den kirurgiska behandlingen af ulcus ventriculi och dess följdtillstånd samt andra godartade ventrikellidanden.

(Nord. med. Arkiv N. F. 1898. No. 22.)

Unter den Fragen, die in die »Grenzgebiete« gehören, ist diejenige der Ulcustherapie, bezw. ihre Folgezustände von hervorragenden Forschern beider Seiten in der letzten Zeit mit immer regerem Interesse lebhaft diskutirt worden. In verhältnismäßig kurzer Zeit hat auch die Litteratur eine vielseitige Beleuchtung sowohl der Indikationen als auch der Endresultate geliefert. Und doch harren manche Fragen noch ihrer endgültigen Beantwortung. Wenn sowohl Chirurgen als Internisten ihre Fälle längere Zeit beobachtet hätten, als es bisher gewöhnlich der Fall war, so würden viele der von beiden Seiten als geheilt veröffentlichten Fälle ein anderes Bild geben.

In der Absicht, einen Beitrag zur genaueren Präcisirung der Zeit, wann der Pat. mit Magengeschwür von der internen zur operativen Behandlung übergehen soll, zu liefern, veröffentlicht Verf. seine Kasuistik von 30 genau beschriebenen und längere Zeit beobachteten Fällen von operativ behandelten, nicht bösartigen Magenleiden.

Unter 10 zu einer ersten Gruppe zusammengefassten Fällen finden sich diejenigen, welche ein Magengeschwür mit von außen tastbarer, geschwulstähnlicher Infiltration darboten. Nur in 1 Falle war diese Infiltration auf die Magenwand beschränkt, in den anderen hatte sie sich auch auf die umgebenden Weichtheile (Pankreas, Leber, vordere Bauchwand etc.) ausgebreitet; in einigen war die Geschwürsbildung tief in die angelötheten Theile eingedrungen. Nach einer Übersicht der klinischen Symptome bespricht Verf. das eingeschlagene therapeutische Verfahren. In 1 Falle wurde Pylorektomie gemacht, in 3 segmentäre Resektion der vorderen Magenwand mit Ausschneidung des infiltrirten Gebietes der Bauchwand. In 2 Fällen wurde die Mikulicz'sche Pyloroplastik und in den 4 übrigen die Gastroenterostomie gemacht. Die späteren operativen Resultate in diesen sämmtlich geheilt entlassenen Fällen führten Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die Pyloroplastik steht der Gastroenterostomie nach.

2) Es wird bisweilen nöthig, eine Gastroenterostomie der cirkulären Magenresektion folgen zu lassen.

3) Die Ausschaltung des Pylorus, mit der Gastroenterostomie kombinirt, gewährt in solchen Fällen, wo es unmöglich ist, eine totale Excision auszuführen, den besten Schutz gegen die Gefahr der progressiven Infiltration und der schließlichen Perforation des Geschwürs.

In der zweiten Gruppe behandelt Verf. 7 Fälle, die eine mit Magenerweiterung verbundene narbige Stenose des Pylorus darboten. Die Dilatation steht hier im Vordergrund. 6 von diesen Pat. wurden mit Gastroenterostomie behandelt, der 7. zuerst einer Pyloroplastik unterworfen; aber auch hier musste 18 Monate später Gastroenterostomie ausgeführt werden. Verf. zieht entschieden letztere der Pyloroplastik vor; die nur in den Fällen, wo man ein Carcinom vermuthet, zur Anwendung kommen sollte.

In einer dritten Gruppe fasst Verf. 7 Fälle von Stenose des Pylorus in einem frühen Stadium, theilweise von anderer Natur als die ausgebildete Narbenstenose, zusammen. Verschiedene pathologische Zustände können zu einer solchen Verengerung führen, welche Verf. der Kürze wegen Contractura pylori benannt haben will. Die sehr lesenswerthe Auseinandersetzung des Verf. über die Pathogenese der Pylorusverengerung in diesen Fällen ist leider in den Rahmen eines Referats nicht einzuzwängen. Alle wurden mit Erfolg operirt; sowohl Gastroenterostomie als Pyloro- und Gastroplastik kamen zur Anwendung.

In den übrigen Fällen beschreibt Verf. einige andere gutartige Magenleiden und deren operative Behandlung.

Es folgen zuerst 2 Fälle von Perigastritis adhaesiva ohne andere wahrnehmbare Erscheinungen; dann ein Fall von Duodenalgeschwür; 2 Fälle von Volvulus ventriculi und schließlich 1 Fall von Haargeschwulst (Fremdkörper) im Magen.

Veranlasst durch das Vorkommen von kleinen Hernien in der Linea alba in 2 seiner Fälle, bespricht Verf. noch einige andere Fälle, in welchen diese kleine Anomalie — wie es sich später zeigte — tiefere Magenleiden vortäuschte. Verf. hebt desshalb die Nothwendigkeit hervor, bei der Operation sich nicht auf die Exstirpation der Hernie zu beschränken, sondern durch die Laparotomiewunde eine genaue Untersuchung des Pylorus, bezw. der Gallenblasengegend vorzunehmen.

Die Schlussfolgerungen, welche Verf. bei der jetzigen Lage der »Ulcusfrage« sich zu ziehen berechtigt glaubt, sind folgende:

1) Die Mehrzahl der Kranken, welche der Chirurg wegen Folgen von Geschwür und anderen gutartigen Leiden des Magens zur Behandlung bekommt, zeigen zu weit vorgeschrittene Veränderungen, um von der Operation vollen Nutzen haben zu können.

2) Rückkehr von Ulcussymptomen, Zeichen von Perigastritis, vor Allem in der Pylorusgegend, und Recidiviren der Magenretentionszeichen sind die hauptsächlichen Indikationen für den Übergang von der internen Medikation zur operativen.

3) Ein engeres Zusammenwirken zwischen Internisten und Chirurgen, welche mit der Diagnostik der Magenkrankheiten vertraut sind, würde die beste Garantie der gesunden Entwicklung der Therapie der Magenkrankheiten gewähren.

A. Hansson (Cimbrishamn).

41) **N. Krylow.** Fall von Gastroenterostomie nach einem abgeänderten Sykow'schen Verfahren. (Aus dem Waldai'schen Semstwokrankenhaus.)

(Chirurgia 1898. p. 513. [Russisch.])

K. musste sich wegen Pulsverfall des Chloroformirten mit der Operation beeilen und konnte nur noch eine einzeitige Naht vollenden, um schließlich die Operationsstelle mit Netz zu benähen. Er hat aus jener Nothwendigkeit eine Tugend gemacht und empfiehlt als Vereinfachung der Sykow'schen (s. das Ref. in diesem Blatt 1898. p. 631) überhaupt die einetagige Naht. Eine 2. in seinem Krankenhause von Mjässjedow eben so ausgeführte Gastroenterostomie heilte ebenfalls ohne Störung. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

42) **Tuffier.** Trois cas de résection pylorogastrique (pylore et région avoisinante de l'estomac).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 245.)

T. berichtet ausführlich über 3 von ihm mit Erfolg operirte Fälle von Magenresektion und bespricht dabei einzelne Punkte der Technik. Er schlägt vor, die verschiedenen Operationsmethoden nicht nach dem Namen des Autors zu benennen, sondern folgende Bezeichnung zu wählen: 1) Anastomose termino-terminale (direkte Vereinigung des Duodenums mit dem Magen durch cirkuläre Naht, I. Billroth-sche Methode), 2) Anastomose termino-latérale (völliger Nahtverschluss der Magenwunde, Einnähung des Duodenums in eine zweite, seitliche Incision der Magenwand (Kocher'sche Methode); 3) Anastomose latérale (Nahtverschluss des Magens und Duodenums für sich und Gastroenteroanastomose, II. Billroth'sches Verfahren). Er selbst hat 2mal das 1., das 3. Mal das 2. Verfahren angewendet, hält aber das 3. auf Grund von Thier- und Leichenexperimenten für alle die Fälle für die Methode der Wahl, in welchen durch andere Vereinigung eine Spannung der Nähte zu befürchten sei.

In dem einen seiner Fälle musste er den größten Theil des Magens entfernen. Hier zeigte sich nach Heilung das auffällige Phänomen, dass Pat. fast beständig Nahrung zu sich nehmen musste, wenn auch stets in kleinen Mengen. Ferner ergab die Obduktion des 3 Monate später an allgemeiner Kachexie in Folge Metastasen, aber ohne örtliches Recidiv gestorbenen Pat. eine Erweiterung des zurückgelassenen kleinen Magenrestes. Im Allgemeinen giebt T. der Magenresektion, wofern sie nur überhaupt ausführbar ist, den Vorzug vor der Gastroenteroanastomose. **Reichel** (Chemnitz).

43) **Stern.** Über Pylorusstenose beim Säugling, nebst Bemerkungen über deren chirurgische Behandlung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 38.)

S. berichtet ausführlich die Krankengeschichte eines 5 Wochen alten Kindes, das von der Geburt an keinen rechten Stuhl gehabt hatte, und bei dem er die Diagnose auf Verschluss oberhalb der Einmündungsstelle des Ductus choledochus, wahrscheinlich in Folge angeborener Anomalie, stellte.

Bei demselben wurde ohne Narkose, da nach wenigen Tropfen Chloroform bereits Collaps eingetreten war, die Laparotomie gemacht, wobei der Magen mäßig dilatirt und in der Pylorusgegend eine walnussgroße Geschwulst gefunden wurde. Es wurde dann die Gastroenterostomie nach der Kocher'schen Methode gemacht.

Obgleich 6 Stunden nach der Operation spontane Stuhlentleerung eintrat, erfolgte Nachts plötzlich im Collaps der Tod.

Bei der Sektion wurde eine gegen die Magenwand sich wallartig absetzende, die Pylorusgegend einnehmende, harte Geschwulst gefunden; in deren Mitte befand sich eine feine Öffnung, durch die eine feine Sonde eben durchpassiren konnte.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine einfache Hypertrophie der Pylorusmuskulatur.

Im Anschluss an seine Beobachtung stellt S. in seiner Tabelle 10 ihm bekannt gewordene Fälle zusammen. Wo die Lichtung des Pylorus auf mehr als 3 mm verengt ist, da hält S. eine Fristung des Lebens für unmöglich.

Bei absoluter (d. h. unter 3 mm betragender) Pylorusstenose erscheint ihm die Diagnose möglich. Kennzeichnend sind der fast ganz fehlende Stuhl und das sofort nach etwas größerer Nahrungsaufnahme auftretende Erbrechen. Eine stärkere Magenerweiterung braucht nicht vorhanden zu sein.

Aus dem Mangel galliger Beimengungen beim Erbrochenen lässt sich der Schluss ziehen, dass die Stenose vor der Einmündungsstelle des Ductus choledochus sich befindet.

F. räth nun ein möglichst frühzeitiges operatives Vorgehen, trotz des Misserfolges in seinem Falle, für alle Fälle absoluter Pylorusstenose an, während bei relativer Pylorusenge die Operation als wesentliche Ergänzung resp. Ersatz der internen Therapie zu gelten hat. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

44) **J. B. Shober.** Anomalous positions of the colon.

(Amer. journ. of the med. sciences 1898. Oktober.)

Bei einem 36jährigen Manne, welcher bald wegen Leberkrankheit, bald wegen chronischer Verdauungsstörungen, Neurasthenie und anderer Affektionen nervöser Natur behandelt worden war, stellte S. die Diagnose: chronische Appendicitis und operirte dem entsprechend. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand sich der Blinddarm nicht an seinem Platze, sondern tief im Becken; Colon ascendens und transversum zeigten regelmäßigen Verlauf; dagegen zog das Colon descendens von links nach rechts über die Wirbelsäule hinüber und stieg rechts von der Wirbelsäule ins kleine Becken hinab. Beim Suchen nach dem Übergang des Dünndarms in den Blinddarm zeigte sich das Gekröse derart verkürzt, dass es weder möglich war, die Ileocoecalgegend, geschweige denn den Wurmfortsatz zu Gesicht zu bringen, welche beide tief im kleinen Becken fixirt waren. Die Untersuchung ergab sonst keinen Anhaltspunkt für die Beschwerden, so dass die Operation unterbrochen wurde.

Im Anschluss an diesen Fall stellt S. 18 Fälle aus der Litteratur zusammen, in denen Flexura sigmoidea und Mastdarm in der rechten Seite des Beckens lagen, so wie mehrere andere Fälle mit anderweitigen anomalen Lagerungen der Därme.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

45) **Dienst.** Über Atresia ani congenita nebst Mittheilung eines Falles von Atresia ani urethralis, mit kongenitaler Dilatation und Hypertrophie der Harnblase, doppelseitiger Ureterenerweiterung und Hydronephrose, Uterus masculinus und Klumpfüßen.

(Virchow's Archiv Bd. CLIV. p. 81.)

D. beschreibt den obigen, seltenen Fall. Es werden die entwicklungsgeschichtlichen Vorgänge bei der Bildung des Darmendtheils und des Urogenitalapparats so wie die dabei vorkommenden Bildungsfehler und deren Folgezustände genau besprochen; auch die operative Behandlung des angeborenen Mastdarmverschlusses wird eingehend berücksichtigt. Eine gute Abbildung erläutert die einschlägigen Verhältnisse, so dass die Arbeit Demjenigen, welcher sich mit dem Gegenstand speciell beschäftigen will, zahlreiche willkommene Anhaltspunkte bieten wird. **Fr. Pels Leusden** (Göttingen).

46) **A. Poncet.** De l'actinomycose ano-rectale.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. September.)

Der Fall betrifft einen 58jährigen Mann, dessen Leiden 20 Jahre zurückdatirt. Es begann mit einer Anschwellung rings um den After, welche allmählich aufbrach und Eiter entleerte. Beschwerden beim Stuhlgang bestehen seit 10 Jahren. In den letzten Monaten hatten sich auch Blasenbeschwerden dazugesellt, welche einmal zu fast vollständiger Urinretention führten und die Aufnahme in ein Spital in der Provinz (Loire) nothwendig machten. Daselbst wurden Steinfragmente



durch Lithotripsie entleert, in deren einem sich ein Samenkorn befand, während ein anderes spitze Theilchen einer Getreideähre umschloss. Pat. gestand, sich 4 Monate vorher eine solche in die Harnröhre eingeführt zu haben. Die Analöffnung war umgeben von Granulationspfröpfen, in die Fisteln mündeten. Die Mastdarmuntersuchung ergab eine Verengerung des Aftertheils und starre Infiltration der perirectalen Gewebe. Im Eiter fanden sich Aktinomyceskörner.

Die Therapie bestand in Excision der fungösen Massen nach linearem Mastdarmschnitt mittels Thermokauter und Messer.

Betreffend den Ursprung der Erkrankung nimmt Verf. an, dass Pat. sich wahrscheinlich auch früher gelegentlich Getreideähren in die Harnröhre einführte, trotz seiner Aussage, dass dies erst vor 4 Monaten geschehen sei; dass zuerst eine Aktinomykose des Blasengrunds und daran sich anschließend Infektion der perivesikalen und perirectalen Gewebe entstanden sei.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

47) **Schuchhardt.** Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Mastdarmgeschwüre.

(Virchow's Archiv Bd. CLIV. p. 46.)

Die Diagnose »syphilitisches Mastdarmgeschwür« kann nur auf Grund einer genauen Untersuchung des erkrankten Darmrohrs in seiner ganzen Dicke gestellt werden. Seitdem in neuerer Zeit in Folge der von den Chirurgen als einzige zum Ziele führenden Therapie geübten Ausschneidung des ganzen erkrankten Darmabschnitts auch die früheren Stadien des Leidens der mikroskopischen Untersuchung zugänglich gemacht worden sind, ist die syphilitische Natur dieser hauptsächlich beim weiblichen Geschlecht vorkommenden, mit Schwielen-, Fistel- und Strikturbildung verbundenen Mastdarmgeschwüre durch zahlreiche Untersuchungen fast außer Zweifel gestellt. Nur die allerersten Entwicklungsstadien der Mastdarmsyphilis waren bisher noch nicht hinreichend berücksichtigt, und diesem Mangel will Verf. durch Mittheilung der Krankengeschichte eines geeigneten Falles, so wie der Ergebnisse einer sorgfältigen makro- und mikroskopischen Untersuchung abhelfen. Bei der betreffenden Pat. war durch die Anamnese die ausschließlich luetische Ursache des Leidens absolut sicher gestellt. Es bestand eine $1^1/_2$ Fingerglied oberhalb des Afters gelegene Striktur des Mastdarms, derentwegen das untere Ende des letzteren unter Schonung des Sphinkters in einer Ausdehnung von 7—8 cm exstirpirt wurde. Dabei zeigte sich, dass noch weiter oben die Zeichen einer beginnenden Schleimhauterkrankung namentlich in Gestalt der als pathognomonisch bezeichneten, blaurothen, linsengroßen Knötchen vorhanden waren. Dieser Darmabschnitt wurde aber nicht mit exstirpirt, sondern mit der äußeren Haut vernäht, und im Übrigen eine allgemeine antiluetische Behandlung eingeleitet. Danach fühlte sich die Pat. 2 Jahre ziemlich wohl. Sie starb an einer von einem Darmgeschwür ausgehenden, akuten Infektion durch periproktitische Phlegmone und Peritonitis.

Mikroskopisch zeichnet sich der Process dadurch aus, dass die Schleimhaut in ein eigenthümliches Granulationsgewebe umgewandelt wird, welches in inniger Beziehung zu den Gefäßen steht. Diese letzteren zeigen die von Rieder (cf. das Referat in diesem Centralblatt 1898 p. 783) genau beschriebenen Veränderungen. Die dunkelblaurothen, rundlichen Knötchen können nach ihrer mikroskopischen Beschaffenheit als gummöse Teleangiektasien der Schleimhaut bezeichnet werden. Hand in Hand mit der Entwicklung dieses Granulationsgewebes und der Teleangiektasien geht dann eine Absetzung specifischen Gewebes und gummöser Knoten in Submucosa und tieferen Schichten des Darmes. Durch Zerfall dieses Gewebes entstehen dann die Geschwüre, welche, zunächst oberflächlich, weiterhin tiefere mit narbiger Schrumpfung verbundene und zur Striktur führende Substanzverluste bedingen.

Fr. Pels Leusden (Göttingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. **Sonnabend, den 4. März.** **1899.**

I. Zur Technik der Kraniotomie: Ein neuer Konduktor zur Drahtsäge.

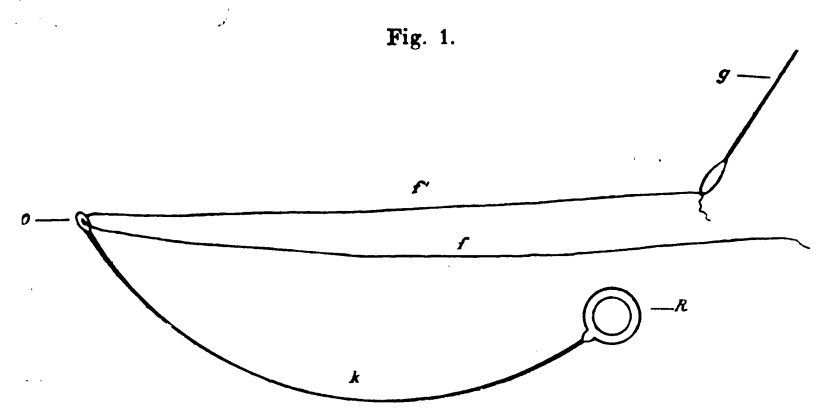
Von

Prof. **A. Podrez** in Charkow.

Die Trepanation mit Gigli's Drahtsäge kann ihrer Genauigkeit und einfachen Technik nach als ideal angesehen werden und dürfte zweifellos die verbreitetste Methode werden. Denn sie lässt sich so bequem, schnell und leicht ausführen und schafft einen so bequemen Zugang zum Gehirn ohne jeden Substanzverlust, wie keine andere Methode der Eröffnung des Schädeldachs.

Es gehört nur noch dazu, ihr einige Unvollkommenheiten zu nehmen, um sie schnell zum Gemeinbesitz der Chirurgen zu machen, und damit zu ermöglichen, dass sie auch von Fabrik- und Landärzten

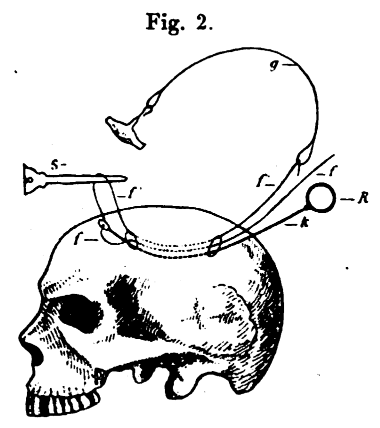
Fig. 1.



k. Der Konduktor aus einer Uhrfeder. *o*. Olivenförmiges Ende mit Öffnungen. *R*. Ring oder Griff. *ff*. Seidenfäden. *g*. Gigli-Säge.

ausgeführt wird, die doch am häufigsten bei Schädelverletzungen früh eingreifen können. Denn in die Kliniken gelangen nur wenige Pat., die die ersten und gefährlichsten Folgen nach Gehirnkompressionen, Riss großer Gehirngefäße überlebt haben. Diese Folgen erfordern frühe Hilfe, d. h. baldigste Kraniotomie.

Fig. 2.



1. Moment. Das Unterbringen des Säge-Konduktors.

k. Konduktor.
g. Gigli-Säge.
f. Das freie Ende des Seidenfadens.
f'. Das mit der Säge verbundene Ende.
s. Sonde.

Der bisherigen Technik der Operation mit der Drahtsäge sind zwei Vorwürfe zu machen: Die Schwierigkeit, die Säge durchzuführen, und die kaum vermeidbare Verletzung der Gehirnhüllen und des Gehirns selber durch die sich bewegende Säge. Dem 1. Übel abzuhelfen ist schon Einiges geschehen:

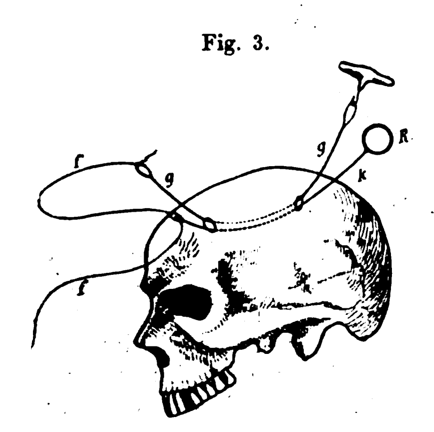
Obaliński führte die Säge durch eine Reihe nahe an einander stehender Öffnungen mittels der Deschamp-Nadel (Centralblatt f. Chirurgie 1897 No. 32). Dabei verliert man aber allzu viel Zeit, setzt ein zu großes Trauma und erhält keinen genügenden Zugang zum Gehirn.

Desshalb ersetzte E. Braatz (Centralblatt für Chirurgie 1898 No. 3) die Deschamp'sche Nadel durch ein ganzes System Konduktoren verschiedener Größe und Krümmung.

Leichenexperimente ließen diese Vorrichtungen als geeignet erscheinen. Endlich beschrieb Gigli selbst eine Vorrichtung, welche aus einer breiten Rinnensonde bestand, in der sich eine längliche Fischbeinplatte bewegte, mit Fadenöffnungen an beiden Enden (s. dieses Blatt 1898 p. 425).

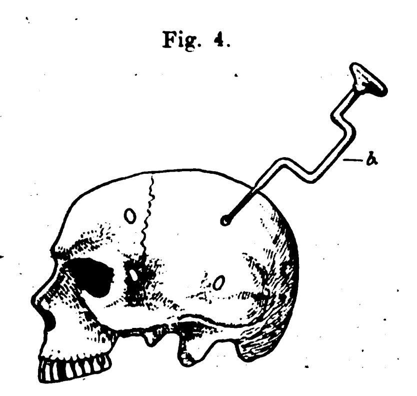
Da ich in letzter Zeit mich ausschließlich bei Kraniotomie der Drahtsäge bediene, habe ich mich überzeugt, dass dieser Konduktor nicht biegsam genug ist, um die Hindernisse bei der Durchführung zu überwinden. Er stemmt sich an alle Unebenheiten des Schädeldachs; und bohrt man dann nach Gigli's Rath eine neue Öffnung an der Widerstandsstelle, um von hier aus den Konduktor weiter zu bringen, so wird dadurch die Operation verlängert und komplicirt. Schließlich schützt der Konduktor Gigli's auch das Gehirn nicht sicher vor Verletzungen.

Fig. 3.



2. Moment.
Die Sägeunterbringung.

Fig. 4.



Das Bohren schräger Öffnungen in der Schädeldecke.

Nach einer ganzen Reihe von Versuchen ist es mir nun gelungen, einen Konduktor zu konstruiren, der nicht allein die Unterführung der Drahtsäge erleichtert, sondern auch gleichzeitig das Gehirn mit seinen Hüllen vor Verletzung bewahrt.

Das Instrument besteht aus einer ziemlich starken, gut gehärteten Uhrfeder von 3—4 mm Breite und 13—15 mm Länge und der Form, wie sie in der Fig. 1 (*k*) dargestellt ist. Sie hat an einem Ende einen Griff oder einen Ring (*R*), am anderen eine Verdickung in Olivenform mit einer Öffnung für den Seidenfaden (*f*). Dieser Faden ist über doppelt so lang wie der Konduktor. An sein eines Ende (*f'*) wird die Drahtsäge angebunden, das andere (*f*) bleibt frei (Fig. 2). So eingefädelt wird der Konduktor von einer Öffnung unter dem Schädeldach zur anderen geführt und hier mittels einer Sonde, Hakens oder Pincette Faden und Kopf des Konduktors an die Wundoberfläche gezogen. Jetzt hat man nur die Säge nachzuziehen, und deren Arbeit beginnt, wobei der Konduktor liegen bleibt, um durch

seine Elasticität das Gehirn und seine Hüllen niederzudrücken und vor Sägenverletzung zu schützen.

Derartig umsägt man 3 Seiten des Knochenlappens. Um ihn endlich an der Basis mobil zu machen, untersägt man diese, ehe man die Elevatoren zum Zerbrechen der Lamina externa einsetzt.

Um übrigens das Unterführen des Konduktors wie der Säge zu erleichtern, gebrauche ich zur Perforation des Schädels einen einfachen aseptischen Bohrer, den ich (Fig. 4) unter einem Winkel von 40—45° auf den Schädel aufsetze, wonach das Ein- und Herausführen der Säge erleichtert wird. Die Größe der Bohröffnungen spielt keine Rolle, sie soll nur so groß sein, dass sie leicht die Durchführung der Feder gestattet.

(Aus dem Karl-Olga-Krankenhaus in Stuttgart. Chirurg. Abtheilung von Prof. Dr. Landerer.)

II. Ersatz von Knochendefekten durch geglühten Thierknochen.

Von

Dr. Grosse, Assistenzarzt.

Im Centralblatt für Chirurgie 1898 No. 39 erschien eine Veröffentlichung von Grekoff über Implantation von ausgeglühten Thierknochen zur Deckung von Schädelknochendefekten. Dieser dort von Neuem mit Erfolg gemachte Versuch giebt Veranlassung, den ganz gleichen Versuch des Prof. Landerer wieder in Erinnerung zu bringen, der von demselben bereits auf der Naturforscherversammlung in Lübeck im Jahre 1895 vorgetragen und in diesem Centralblatt (vgl. Bericht über die chirurgische Sektion der Naturforscherversammlung) veröffentlicht ist. Außerdem findet sich das Verfahren angeführt in Prof. Landerer's »Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie«, 2. Auflage, unter Osteoplastik, p. 278. »Ich habe schon seit 1892 theils mit in Jodoformäther sterilisirten Stücken von Thierknochen verlorene kleine Röhrenknochen (Phalangen, Schlüsselbein) ersetzt, theils Defekte im Schädel durch geglühte Knochenstücke zum Verschluss gebracht; selbst große Höhlen in Knochen (nach Osteomyelitis, Tuberkulose) heilen sehr schnell, wenn man sie mit geglühten Knochensalzen (phosphorsaurer Kalk 85,6, phosphorsaure Magnesia 1,75, Fluor calc. 3,5, kohlensaurer Kalk 9,0) füllt.

Außer völliger Asepsis (Antisepsis ist weniger geeignet) halte ich aber das Vorhandensein eines knochenbildenden Mutterbodens (Periost, Mark etc.) für unerlässlich. Im Gegensatz zu Barth, der glaubt, dass man durch Implantation von Knochensalzen überall beliebig Knochen neu bilden könne, komme ich auf Grund meiner praktischen Erfahrungen zu dem Ergebnis, dass man durch Einpflanzung

von todter Knochensubstanz nur die Regeneration mächtig fördern, nicht aber Knochen neu bilden kann.

Es wurde nun in den fraglichen Fällen nach vorausgegangenem Thierversuch ausgeglühter Thierknochen in kleinen Stücken in die Trepanationsdefekte mosaikartig, theilweise in mehreren Lagen, eingelegt. Wo die prima intentio eine absolut sichere war, wie in jenen beiden Fällen, heilten die Knochenstückchen vollständig ein, auch bei Einlegen gelegentlich der Sekundärnaht; wo vorher Fisteleiterung — nach Sequestrotomie z. B. — stießen sich auch die Knochenstücke wieder aus. Die Versuche wurden, theilweise modificirt, indem statt des Thierknochens Knochensalze (s. oben) verwendet wurden, an späteren Fällen mehrfach, auch mit Erfolg, wiederholt. In allen per primam geheilten Fällen fand die Knochenlücke einen gleichmäßigen Knochenabschluss. Derselbe war allerdings dünn und stärkeren Gewaltwirkungen wohl auch nicht gewachsen, wenn nur eine Schicht dünner Knochenstücke eingelegt wurde; bei stärkerer Schicht aber ist die Knochenmasse ziemlich fest und unnachgiebig geworden. Es ist jetzt durch mehrmalige Nachuntersuchung jener auf der Naturforscherversammlung bereits vorgetragenen Fälle möglich, auch den damals gegen die Methode in der Debatte von Kümmell erhobenen Vorwurf zu entkräften, dass der neugebildete Knochen binnen Kurzem wieder resorbirt würde. Es sind seit Deckung der Defekte an den damals besprochenen Fällen, so wie an einigen später in gleicher Weise behandelten, 2—3, ja $3^1/_2$ Jahre vergangen, und ist die Ausfüllung der Lücken heute noch genau dieselbe wie wenige Wochen nach Abschluss der Heilung. Die damals nur dünnen Knochenmassen sind seitdem eher fester geworden; da, wo dickere und festere Massen die Lücke füllten, sind sie fest geblieben.

Schließlich sei noch erwähnt, dass auch an anderen Stellen als am Schädel der Erfolg der gleiche gewesen ist.

(Aus dem Spital der allgemeinen Poliklinik in Wien.)

III. Zur Technik der Resektion des zweiten Astes des Trigeminus an der Schädelbasis.

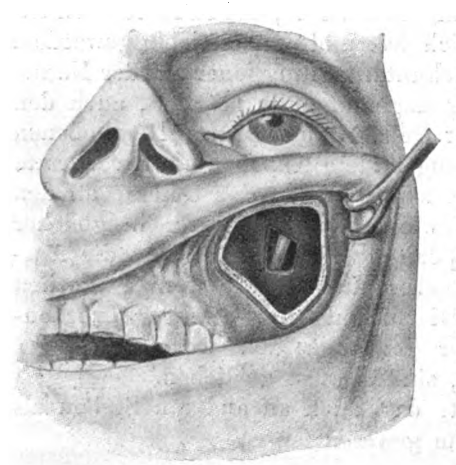
Von

Dr. **Alexander Fraenkel** in Wien.

Bei gegebener Indikation, den zweiten Ast des Quintus an der Schädelbasis (Foramen rotundum) zu reseciren, wird gegenwärtig wohl allgemein das Verfahren von Lücke in der Modifikation von Braun und Lossen geübt und, wie aus den zahlreichen einschlägigen Berichten hervorgeht, eben so allgemein als eine sehr brauchbare Methode bezeichnet. Wenn ich unlängst mich bestimmt gefunden habe, bei einer Pat., die $1^1/_2$ Jahre vorher schon eine Operation an der Austrittsstelle des Nerven, am Foramen infraorbitale, durchgemacht hatte,

wegen Recidiv der Neuralgie einen anderen Weg einzuschlagen, so geschah dies, nachdem ich von anatomischer Seite darauf aufmerksam gemacht worden war, wie leicht man ohne Setzung einer äußeren Wunde rasch und sicher an den Verlauf des Nerven an der Schädelbasis gelangen kann. Herr Dr. Julius Tandler, Prosektor an der anatomischen Lehrkanzel Prof. Zuckerkandl's, machte mich darauf aufmerksam, dass er gewohnt sei, in seinen Kursen zum Zweck rascher Demonstration des basalen Antheils des Ramus II. nervi V von der Fossa canina aus einzugehen, das Antrum Highmori in seiner vorderen und in seiner hinteren Wand zu eröffnen, um dann sofort auf den Nerven zu kommen, der zumeist durch die zarte Knochenwand durchschimmere.

Ich habe das Verfahren zunächst am Kadaver und bald darauf an der früher erwähnten Kranken mit zufriedenstellendstem Erfolg erprobt und glaube diese so einfache und sichere Methode, die ohne Hinterlassung einer äußerlich sichtbaren Narbe als rein buccale Methode zum Ziel führt, den Fachkollegen zur Nachahmung empfehlen zu sollen.



Der Gang der Operation ist folgender: 1) Durchschneidung und Zurückpräpariren der Mundschleimhaut am Oberkiefer über der Fossa canina lateralwärts bis zur Crista zygomatico-alveolaris bei mit stumpfen Haken kräftig hinaufgehaltener Oberlippe, event. gleichzeitig. 2) Eröffnung der vorderen Wand der Highmorshöhle mit Aufklappen eines mucös-ossalen Lappens. 3) Genaue Inspektion der Höhle bei künstlicher Beleuchtung, wobei man den Nerven am lateralen Theil der hinteren Wand durchschimmern sehen kann. 4) An dieser Stelle Einschnitt der Schleimhaut und Ablösung letzterer mit zartem Elevatorium. 5) Vorsichtiges Aufmeißeln event. Durchstoßen der hinteren Wand im oberen hinteren Winkel mit zartem Instrument. Der Nerv tritt sofort ins Operationsfeld und kann mit einem feinen stumpfen Häkchen gefasst und einerseits gegen die Fissura orbitalis inferior, andererseits bis sehr nahe ans Foramen rotundum verfolgt und dieser Strecke entsprechend resecirt werden. Schließlich Zurückklappen des mucös-ossalen Lappens (vordere Wand der Highmorshöhle), lockere Schleimhautnaht, Drainage der Höhle mit Jodoformgaze. Die mit dem ganzen Eingriff verbundene Blutung ist sehr geringfügig und steht jeweilig auf kurze temporäre Kompression.

Der Vortheil der Methode liegt außer in der Möglichkeit der Durchführung der Operation ohne äußere Wunde namentlich darin,

dass Konflikte mit größeren Gefäßen (A. maxillaris int.) ausgeschlossen sind, dass ferner der eingeschlagene Weg eben so rasch als sicher zum Ziel führt.

Als Nachtheil will ich gleich selbst die verhältnismäßige Schwierigkeit der Beleuchtung der tieferen Partien der Highmorshöhle hervorheben. Diese Schwierigkeit lässt sich aber bei künstlicher Beleuchtung sehr leicht beheben, am zweckmäßigsten wohl mit dem von C. Clar so sinnreich konstruirten Stirnreflektor mit verstellbarem Glühlämpchen, (vide Wiener klin. Wochenschrift 1889 No. 18 p. 364), dessen sich die Otologen und Laryngologen schon lange mit bestem Erfolg bedienen.

Als unliebsamer Zufall kann die Eröffnung der Orbitalhöhle bei dem Akte der Perforation der hinteren Wand des A. Highmori sich ereignen. —

Kenner der einschlägigen Litteratur werden sich wohl daran erinnern, dass vor über 30 Jahren schon ein amerikanischer Chirurg, Carnochan, den Weg zum Nerven sich durch die Highmorshöhle bahnte, nur that er dies von außen her, von der Haut des Oberkiefers aus, und die Austrittsstelle des Nerven am Foramen infraorbitale war der Ausgangspunkt seiner Operationsmethode. Carnochan's Methode wurde verlassen, weil man in vorantiseptischer Zeit die Eröffnung der Kieferhöhle von Eiterungen und sonstigen unberechenbaren Folgen septischer Infektion gefolgt sah. Heute kann man sich wohl über diese Bedenken mit Recht hinwegsetzen. In der That hat auch meine Pat. von der Eröffnung der Highmorshöhle nur geringe Spuren eines Katarrhs davon getragen.

Aus der beistehenden Zeichnung, welche nach einem von Herrn Dr. Tandler angefertigten anatomischen Präparat ausgeführt wurde, erhellt die große Einfachheit der in Frage kommenden topographisch-anatomischen Verhältnisse der Methode, und wird damit gleichzeitig der eine ihrer Hauptvorzüge, die bequeme Zugängigkeit zum Nerven, illustrirt. Der andere liegt, wie erwähnt, in der Möglichkeit, die Operation ohne die Spur einer äußeren Verunstaltung durchzuführen.

Wien, im Februar 1899.

---

1) U. Rose. Über Pyämie bei Krebsgeschwüren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 595.)

R. beobachtete in der inneren Station von Bethanien (Berlin) erst klinisch, dann auch anatomisch einen typischen Fall von Pyämie, ausgehend von einem geschwürig zerfallenen Speiseröhrencarcinom im unteren Theil des Organs, von welchem zunächst eine brandige Pneumonie ausgegangen war. Bei der Suche nach analogen Fällen in der Litteratur fand R. nur 3 solche, aus dem Göttinger pathologischen Institut mitgetheilte, in welchen der Sitz des die Pyämie

veranlassenden Carcinoms der Magen war. R. glaubt, dass die peristaltische Beweglichkeit der erkrankten Organe in seinem wie in den Göttinger Fällen nicht ohne Bedeutung für die Einschleppung der septischen Keime in die Blutbahn gewesen ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **Lancereaux** et **Paulesco.** Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse.

(Gaz. des hôpitaux 1897. No. 71; 1898. No. 117.)

Im Jahre 1895 hatte Dastre gefunden, dass durch Einspritzung einer Gelatinelösung in die Venen von Hunden die Coagulationsfähigkeit des Blutes zunahm. Hiervon ausgehend injicirten L. und P. im Jahre 1897 zuerst einem Manne mit einem großen Aortenaneurysma 50 ccm einer 1%igen sterilen Lösung von Gelatine in 1‰iger Kochsalzlösung subkutan in den Oberschenkel. Der Erfolg war so eklatant, dass der Kranke nach 12 Injektionen hochgradig gebessert sich weiterer Behandlung entzog. Seitdem haben Verff. die Injektionen in 3 weiteren Aneurysmafällen (2 Aorta-, 1 Subclaviaaneurysma) mit sichtbarem Erfolg angewendet. Das Blut des Sackes scheint zur Gerinnung gebracht zu werden, und die Beschwerden lassen nach. Der Erfolg trat aber nur bei sackförmigen, nicht bei den spindelförmigen Aneurysmen ein.

Auch Huchard sah ein Aneurysma des Aortenbogens mit 20 Injektionen verschwinden. Das Verfahren fordert zur weiteren Nachprüfung auf.

Jaffé (Hamburg).

---

3) **F. Brasch.** Über den Einfluss der Wasserentziehung auf die Nervenzelle.

(Fortschritte der Medicin 1898. No. 21.)

Als wichtigstes Resultat der Versuche des Verf. erscheint die Thatsache, dass an der Ganglienzelle sich rein physikalisch durch Wasserentziehung eine Veränderung in Gestalt einer Retraktion des Kerninhalts von der Kernmembran experimentell erzeugen lässt; diese Veränderung besitzt keinen nekrobiotischen, sondern einen biologischen Charakter, d. h. sie ist, wenn das Thier am Leben bleibt, der Rückbildung fähig. Klinisch äußerte sich die Wirkung der Wasserentziehung hauptsächlich in Parese der Extremitäten, Erschlaffung der Rumpfmuskulatur und Verlangsamung der Athmung. Die klinischen Erscheinungen bilden sich schneller zurück, als die mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen der Ganglienzellen.

Teichmann (Berlin).

---

4) **A. Blaschko.** Beiträge zur Topographie der äußeren Hautdecke. I. Zur Pathologie und Topographie des Herpes zoster.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 37. Festschrift für F. J. Pick.)

Man weiß — vor Allem seit der bekannten Arbeit Voigt's — wie sich die von den einzelnen Nerven versorgten Gebiete auf der Haut gegen einander abgrenzen; man ist aber noch sehr wenig orientirt über die Art, wie sich die von den einzelnen Spinalnerven resp. Rückenmarkssegmenten versorgten Hautpartien zu einander verhalten, da »von den eben austretenden Spinalwurzeln bis zu den letzten Verzweigungen der sensiblen Nerven in der Haut die Nervenfasern sich zum Theil wiederholt umlagern und umgruppiren«. Außer einigen früheren Arbeiten sind in letzter Zeit speciell die von Sherrington, Head und Thorburn geeignet gewesen, diese Lücke in unseren Kenntnissen auszufüllen; aber von einer wirklich genauen Topographie ist noch keine Rede, und desswegen ist es mit Freude zu begrüßen, dass Verf. seine zahlreichen Erfahrungen vom Zoster nach dieser Richtung zu verwerthen und auf Grund dieses und des in der Litteratur niedergelegten Materials eine Topographie der äußeren Hautdecke (mit Ausnahme des Gesichts) zu geben versucht hat, die er selbst freilich noch für unvollkommen und der Nachuntersuchung bedürftig erklärt.

In einem 1. Theil seiner Arbeit giebt B. eine Anzahl von interessanten Bemerkungen zur Pathologie des Zoster, aus denen ich das Folgende hervorhebe:

Der Zoster ist in den letzten 10 Jahren in Berlin anscheinend seltener geworden; von einem epidemischen Auftreten ist während dieser Zeit jedenfalls keine Rede gewesen. Die Statistik B.'s giebt keine Anhaltspunkte für die Auffassung des Zoster als »einheitliche Infektionskrankheit« (das ist natürlich, da eben eine Epidemie nicht vorhanden war; vgl. im Gegensatz hierzu die Beobachtungen Kaposi's u. A.); unter den 127 Fällen waren 4 Arsen-Zosteren; 2mal wurden Übungen am Reck als Ursache angegeben; 1mal trat ein Zoster im Verbreitungsgebiet des 5.—7. Interkostalnerven im Anschluss an ein Erysipel auf, das zu einem tiefen schmerzhaften Ödem der betreffenden Nackenhälfte geführt hatte; B. betont besonders, dass er »in nicht wenigen Fällen an der dem Zoster entsprechenden Seite neben dem Processus spinosus, also etwa in den langen Rückenmuskeln, eine deutlich abtastbare schmerzhafte Verdickung« hat fühlen können; er ist geneigt, diese den »rheumatischen Muskelexsudaten« an die Seite zu stellen (Erkältung wird häufig als Ursache des Zoster angegeben; doch neigt diese Erkrankung im Gegensatz zu den rheumatischen bekanntlich wenig zu Recidiven). — B. hat nur einmal ein Recidiv gesehen. Besonders aufgefallen sind ihm die frühzeitigen schmerzhaften Lymphdrüsenschwellungen in dem erkrankten Gebiet (dieselben sind in der That, wie auch andere Autoren angegeben,

sehr häufig zu konstatiren). Von den Zosterschmerzen unterscheidet der Verf. 4 Arten: einen »rheumatoiden Schmerz bei Druck« auf die Processus spinosi oder die Rückenmuskeln, der aber auch spontan auftreten kann, einen typisch neuralgischen Schmerz, der sich meist in Anfällen zeigt, die Hyperästhesia und Hyperalgesia cutis und die Schmerzen von Lymphadenitis und Lymphangitis. Für die von Pfeiffer aufgestellte Anschauung, dass die Arterien die Lokalisation des Zoster bedingen, hat B. keinerlei Anhaltspunkte gefunden; vielmehr weist Alles auf eine Nervenerkrankung hin. Nach der Neuronlehre hat die Frage, wo die den Zoster bedingende Nervenläsion primär sitzt, an Bedeutung verloren; »es ist nun wahrscheinlich, dass ein Zoster zu Stande kommen kann durch einen Reiz, welcher, gleichgültig an welcher Stelle, das periphere Neuron trifft, d. h. der Sitz der Erkrankung kann im verlängerten Mark, im Rückenmark, in den hinteren Wurzeln, im Spinalganglion, so wie in den peripheren Nerven an irgend einer Stelle ihres Verlaufs liegen«. Gegen einen peripheren Sitz spricht in der Mehrzahl der Fälle das Fehlen der Lähmungen und Muskelatrophien und das Auftreten von Eruptionen im Bereich des hinteren Astes der Spinalnerven. Die Erkrankung wird also meist in dem Spinalganglion, oder gerade peripher von ihm, oder in der hinteren Wurzel oder »vielleicht auch in dem zugehörigen spinalen Segment« liegen.

In dem 2. Theil der Arbeit bespricht B. die in der Litteratur vorhandenen Untersuchungen über die Vertheilung der Spinalnerven (die Experimente Sherrington's, welche die »Überlagerung« der einzelnen Spinalnervengebiete auf der Haut erwiesen haben, und die zahlreicheren klinischen Untersuchungen), schildert die Schwierigkeit der Fixirung der Lokalisation des beim Zoster befallenen Gebiets und giebt dann eine Darstellung der von den einzelnen Spinalnerven versorgten Hautgebiete an der Hand von Skizzen. Dieser letzte Theil der Arbeit ist zu einem Referat ungeeignet. Die B.'schen Feststellungen stimmen vielfach mit denen seiner Vorgänger nicht überein; individuelle Schwankungen spielen gewiss auch hier eine Rolle. In jedem Falle muss diese Arbeit noch an einem großen Material fortgesetzt werden. Aber schon die bisherigen Resultate verdienen von Seiten der Neurologen, Chirurgen und Dermatologen alle Beachtung.

Jadassohn (Bern).

---

5) **W. G. Hay.** Etiology of zoster.

(Journ. of cut. and genito-urin. diseases 1898. No. 1.)

Verf. macht auf die seines Erachtens nicht genügend gewürdigten, aber doch sehr regelmäßig gefundenen regionären Lymphdrüsenschwellungen beim Herpes zoster neuerdings aufmerksam. Ohne die Aufstellung zosteroider Erkrankungsformen im Sinne Grindon's zu bemängeln, glaubt Verf. doch für eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Fällen eine Infektion als Ursache bezeichnen zu dürfen. Der typische Verlauf, das Vorkommen in kleinen Epi-

demien, zu gewissen Jahreszeiten, in Familien, ferner der Umstand, das Zoster das Individuum nur 1mal im Leben befällt, das Resultat der histologischen Untersuchung der Lymphdrüsenschwellungen und manche Eigenthümlichkeiten der Zosterpathologie, welche allerdings nur in sehr hypothetischer Weise für eine infektiöse Natur des Herpes zoster zu verwerthen sind, werden in dieser Hinsicht herangezogen. Der herpetischen Eruption beim genuinen Zoster pflegt die regionäre Lymphdrüsenschwellung voranzugehen; das Drüsenleiden ist häufig ein doppelseitiges und zuweilen selbst allgemeines. Verf. plaidirt für eine trophoneurotische Natur des Herpes zoster in dem Sinne, dass es vorzugsweise sympathische Ganglien sind, welche der infektiösen Noxe zugänglich sind, und dass die vom Sympathicus stammenden Fasern, nicht aber die eigentlichen spinalen Nerven die Erkrankung vermitteln. Die Beweisführung in letzterer Beziehung ist naturgemäß eine sehr dürftige. **Kopp** (München).

---

6) **A. Adamkiewicz.** Die Funktionsstörungen des Großhirns.
Hannover, **A. W. Köllner,** 1898. 242 S.

Im Rahmen zusammenhängender, runder Darstellung fasst und vervollständigt der Autor, was er in früheren Einzelarbeiten auf dem Gebiet der Gehirnphysiologie und -Pathologie zerstreut veröffentlicht hat. Wie er es zeigt, scheint es fast ein fertig abgeschlossenes Ganzes zu sein; vielleicht wäre es wohl rathsamer gewesen, die Grenzen unserer Erkenntnis und Lücken unseres Wissens weniger elegant zu umkleiden, befinden wir uns doch auf einem Gebiet, auf welchem, wie auf keinem anderen der Physiologie, der subjektiven Auffassungen, der Streitfragen und Widersprüche kein Mangel ist. Dabei bemüht sich der Autor ausgesprochenerweise möglichst seiner eigenen, der Vervollkommnung noch bedürftigen Erfahrung Rechnung zu tragen. Liegt in dieser glatten Darstellung, welche nur das mitnimmt, was für das zu Beweisende brauchbar ist, auf der einen Seite ein unleugbarer Reiz, welcher durch eine glänzende Diction unterstützt wird, so ist auf der anderen Seite das höchst anfechtbare Moment darin nicht zu verkennen. »Wenn die Analyse ihre Grenzen erreicht hat und nichts mehr aufklärt, muss die Induktion gleichsam verdichten, was die Deduktion dem Bereich des Beweisbaren entrückt hat«, bemerkt der Autor im Vorwort, und diese unausbleibliche Mischung von Hypothese und Beweisbarem hält den Leser trotz des Flusses der Darstellung in gewisser steter Unruhe. Allerdings kann der Autor sich darauf berufen, dass er an anderen Stellen seine Beweisgründe vorgeführt hat, aber wie diese Beweisgründe von berufener Seite beurtheilt worden sind, davon ist wenig zu merken, und wir erhalten kein anderes Zeugnis über den Eindruck, welchen er selbst von diesen Einwendungen oder Widerlegungen erhalten hat, als dass er ganz unberührt davon geblieben ist.



In der Lehre von den Funktionsstörungen des Großhirns, welche Verf. aus der histologischen und makroskopischen Anatomie und Physiologie der Großhirnrinde, der Hirnhemisphärensubstanz, anhangsweise auch der Großhirnnerven, N. olfactorius und opticus, so wie des Mittelhirns entwickelt, kommen gleichermaßen psychophysische Probleme, Vorgänge aus dem Seelenleben, wie ihnen entsprechende aus der somatischen Sphäre zur Erörterung; innerhalb dieses weitgespannten Rahmens interessirt chirurgisch besonders die Lehre von der Gehirnkompression, vom Druck im Hirn und der Bewegung des Liquor und der Stase der Exsudate im Schädel, Phänomene, welche vom Autor ja bekanntlich ihre eigene Auslegung gefunden haben. Da die hierauf bezüglichen Abschnitte fast wortgetreu aus früheren Arbeiten übernommen sind, welche Ref. erst kürzlich hier (s. No. 34 1898) besprochen hat, so kann an dieser Stelle darauf verwiesen werden. **Herm. Frank** (Berlin).

---

7) **G. L. Walton.** Subarachnoid serous exudation productive of pressure symptoms after head injuries.

(Amer. journ. of the med. sciences 1898. September.)

Verf. kommt auf Grund von 3 einschlägigen Beobachtungen zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Ein kräftiger Schlag auf den Kopf kann, entweder direkt oder durch Contrecoup, an einer umschriebenen Stelle Schwellung, Hyperämie und Quetschung des Gehirngewebes zur Folge haben mit seröser Exsudation in den subarachnoidalen Raum, entweder mit oder ohne Ödem der Hirnsubstanz.

2) Findet diese Flüssigkeitsansammlung über der motorischen Rindenregion statt, so kann es zu Herdsymptomen kommen, wie bei einer Meningealblutung.

3) Die Ansammlung ist nicht als kompensatorischer Vorgang aufzufassen, sondern wahrscheinlich ähnlich, wenn nicht identisch, mit dem Vorgang bei der sogenannten serösen Meningitis von Quincke.

4) Die Erkrankung hat nichts Progressives; die entstandene Lähmung verschwindet gewöhnlich in wenigen Tagen.

5) Die Differentialdiagnose mit Blutungen aus der Meningea media und A. cerebri media (A. foss. Sylv.) ist schwierig und oft unmöglich. Anhaltspunkte sind a. ein atypischer Verlauf, b. Abwesenheit von ständig zunehmendem Koma, c. Auftreten von Schmerzempfindung bei Manipulationen am Kopf, selbst nachdem die Bewusstlosigkeit so groß geworden ist, dass Fragen nicht mehr beantwortet werden. Die allgemeinen Symptome (Ruhelosigkeit, Stupor, Kopfschmerz, mäßiges Fieber) können in beiden Fällen die gleichen sein.

6) Die bloße Anwesenheit von Lähmung nach einem Schlag auf den Kopf ist noch keine genügende Indikation für einen sofortigen Eingriff.

7) An diese Läsion muss man besonders bei Kindern und jugendlichen Personen denken, eben so vielleicht bei Alkoholikern. Bei älteren Personen deutet derselbe Symptomenkomplex eher auf Hämorrhagie. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

---

8) **E. v. Bergmann.** Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. Dritte neu bearbeitete Auflage.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1899. Mit 32 Holzschnitten. 606 S.

Das durch diese Neubearbeitung erheblich umfangreicher gewordene Buch stellt sich den auch in Deutschland viel gelesenen neueren Arbeiten über das gleiche Thema, von Allen Starr, d'Antona, Chipault, Broca und Maubrac würdig an die Seite. v. B. fasst mit außerordentlicher Gründlichkeit die Erfahrungen dieser Autoren und die Ergebnisse der zahllosen kleineren Arbeiten von Neurologen, Otiatern und Chirurgen mit scharfer Kritik zusammen. Der vielerfahrene Praktiker nimmt die gleißenden Goldstücke der Kasuistik durchaus nicht alle als gemünzte Werthe. »Es entspricht,« sagt der Verf. selbst, »meiner Individualität, meiner Überzeugung, die Grenzen der Chirurgie eher enger zu ziehen, als weiter zu stecken.« Das ist der gar nicht genug zu würdigende Grundton, der in jedem einzelnen Kapitel wiederkehrt und der schon in dem Moskauer Vortrage (1897) so angenehm berührte. Wenn die Fortschritte auf einem besonderen Gebiete der Chirurgie so rasche sind, wie dies in dem verflossenen Jahrzehnt in der Hirnchirurgie der Fall war, insbesondere seit Wagner (1889) die temporäre Schädelresektion einführte, dann ist gelegentlich eine Hemmung sehr wünschenswerth; sie ist von weittragender, segensreicher Wirkung, wenn ein Forscher und Operateur von der Bedeutung v. B.'s sie unternimmt. »Auf die Diagnose kommt heute noch Alles an!« ruft er allen Denen zu, die das Bloßlegen einer oder auch beider Hirnhemisphären für gefahrlos und darum eine genauere Diagnose z. B. von Hirngeschwülsten nicht für nothwendig halten. Nicht bloß an die Diagnose und Operationsresultate anderer Autoren, auch an die eigenen Leistungen legt Verf. eine unerbittlich strenge Kritik.

Unter voller Würdigung der in der Litteratur niedergelegten Ergebnisse anderer Operateure und in besonderer Berücksichtigung der so erheblich erweiterten neuropathologischen Kenntnisse werden in jedem der 10 Abschnitte vorwiegend Eigenerfahrungen den klaren Ausführungen zu Grunde gelegt. In jedem dieser Kapitel kommt v. B. zu einer überaus scharfen Zusammenfassung der Indikationen, die fast durchweg einschränkend lautet.

Von den Cephalocelen hält er ausschließlich die Encephalocystocelen und die Meningocystocelen so wie die mit ihnen verbundenen oder sie ersetzenden Geschwülste für angreifbar, und zwar ist die Radikalkur, die Exstirpation, der einzige Weg. Auszuschließen sind 4 Kategorien: 1) große mit auffälliger Abplattung und Verkleinerung des Schädels verbundene Formen; 2) Encephalocystocelen, die

unter der Protuberantia occipitalis inferior durch eine bis ins Foramen magnum reichende Öffnung ausgetreten und außerdem noch mit einer Spaltung der oberen Halswirbel verbunden sind; 3) solche, die auf einem unverkennbaren Wasserkopf sitzen; 4) solche, die mit anderweitigen und voraussichtlich bald tödlichen Missbildungen am Leibe des Kindes komplicirt sind. — Bezüglich des angeborenen Hydrocephalus kommt Verf. zu dem Satze, dass weder die Punktion noch die Drainage, sei es vom Schädel, sei es vom Rückgrat, sichere und nur ihr zuzuschreibende Resultate erzielt hat. — Die Lannelongue'sche Kraniotomie bei Mikrocephalie hält Verf. für endgültig abgethan. Er hält bei idiotischen Zuständen eine operative Behandlung nur für erlaubt, wenn man Veranlassung hat, eine Porencephalie anzunehmen, die nach v. B.'s Überzeugung vielfach der Effekt einer Contusio cerebri während des Geburtsaktes ist. — Die Operationen bei Geisteskrankheiten schränkt er unter herber Kritik der Burckhardt'schen Bestrebungen auf die seltenen traumatischen Psychosen ein, bei denen sich Hyperostosen, Cysten u. dgl. beseitigen lassen, und auf diejenigen Fälle, wo die seelische Störung bloß ein Symptom oder eine Theilerscheinung einer angreifbaren Krankheit, z. B. einer Geschwulst oder eines Abscesses, ist.

Eine große Eigenerfahrung steht dem Verf. bezüglich der chirurgischen Behandlung der Epilepsie zu Gebote. Er warnt eindringlich, die Erfolge auf diesem Gebiet zu überschätzen und geht mit den Autoren scharf ins Gericht, die schon wenige Wochen oder Monate nach der Operation ihre Pat. als geheilt hinstellen. Erst wenn Jahre verflossen sind ohne Wiederkehr der Anfälle, könne man von Heilung reden. Bei allgemeiner Epilepsie lasse sich überhaupt nichts, bei der partiellen nur recht wenig erhoffen, und zwar sei die Prognose derjenigen Fälle die beste, bei denen verhältnismäßig früh nach der Kopfverletzung sich die Epilepsie einstelle. Wo nach einem Schädelbruch ein Defekt im Knochen zurückgeblieben sei, da könne durch eine Müller-König'sche Deckung am ehesten die Epilepsie geheilt werden. Die Horsley'sche Methode, das Rindencentrum, von welchem der Anfall ausgeht, zu excidiren, hat v. B.'s Hoffnungen nicht erfüllt. Gegenüber der Apoplexie und der Pachymeningitis haemorrh. vermöge Messer und Meißel keinesfalls so viel zu leisten, wie die gefahrlosere Selbstheilung, und v. B.'s und Horsley's Erfolge der Trepanation bei Kopfschmerzen hält er für chirurgische Seltenheiten.

Mit besonderer Liebe wird naturgemäß die Domäne des Verf., die interessante Lehre vom Hirndruck, behandelt, dessen überaus bedeutungsvolle Symptome er für die Folgen einer mehr oder weniger plötzlichen Herabsetzung der Blutgeschwindigkeit im Schädel hält. Diese kommt zu Stande, wenn ein schnell anwachsendes Moment den Rauminhalt der Schädelhöhle verengt, oder wenn aus irgend einem Grunde eine größere Quantität Cerebrospinalflüssigkeit sich im Schädelinneren, namentlich in den Ventrikelräumen ansammelt. Da nicht bloß die Cerebrospinalflüssigkeit, sondern auch die fest-

weiche Hirnsubstanz den Druck weitergiebt, so kann es bei einer umschriebenen Druckquelle und bei Absperrung gewisser Kommunikationen auch zu partiellem Hirndruck kommen.

Über die chirurgische Behandlung der Hirngeschwülste, bei denen der Symptomenkomplex des Hirndrucks wie bei den Abscessen von höchster Bedeutung ist, spricht sich v. B. mit viel Zurückhaltung aus. Unter scharfer Kritik der Kasuistik bekämpft er die probatorischen und exploratorischen Schädelöffnungen, die durchaus nicht gleichgültige Eingriffe seien. »Nur die relative Sicherheit der Diagnose giebt uns das Recht zu einem gefährlichen Eingriff.« Verf. begründet seine Zurückhaltung in einer überaus klaren Studie über die klinischen Erscheinungen der Geschwülste der verschiedenen Regionen. Auch die Technik der Wagner'schen Schädelresektion und ihre Verbesserungen besonders durch Doyen werden eingehend besprochen. Bezüglich der Ätiologie der Hirngeschwülste sei nur hervorgehoben, dass v. B. für die traumatische Genese derselben nicht viel übrig hat.

Von ungleich höherem Standpunkt als die specialistische Tageslitteratur behandelt Verf. die Diagnose und Therapie der Hirnabscesse, so dass sich dieser Arbeit nur das schon ältere Körner'sche und vor Allem das Macewen'sche Buch an die Seite stellen lässt, das uns Rudloff durch eine vortreffliche Übersetzung (1898) zugänglicher gemacht hat. Während Macewen an einem unerreicht großen Material die pathologische Anatomie der Hirnabscesse besonders aufrollt, sind bei v. B. die klinischen Erscheinungen besonders klar behandelt. Der Prophylaxe der Hirnabscesse ein paar Worte widmend, tritt er der ärztlichen Polypragmasie auf dem Felde der Ohreneiterungen mit offenem und durch Eigenerfahrungen begründetem Tadel entgegen. Wer wäre so berufen dazu wie er, der der Otochirurgie ja mit die ersten Wege gezeigt hat?

Neben dem hellen Licht der Erfolge in der Hirnchirurgie bot das verflossene Jahrzehnt noch immer viel Schatten, indem zahlreiche große Eingriffe nutzlos oder gar zum dauernden Schaden der Pat. ausgingen. Verf. erweist es zahlenmäßig. Seine immer wiederkehrende Mahnung, nur auf Grund einer nach allen Seiten hin geklärten Diagnose zu handeln, wird von der Operation hoffnungsloser oder unklarer Fälle, die die Hirnchirurgie nur diskreditiren können, künftighin wohl öfters zurückhalten. Aber neben dieser negativen Tendenz birgt das Buch ein überreiches positives Material an theoretisch und praktisch bedeutungsvollen Eigenerfahrungen, die v. B. mit der ihm in so hohem Maße eigenen Klarheit und Präcision zu unserer Kenntnis bringt.

P. Stolper (Breslau).

---

9) **Moure** et **Liaras.** Traitement chirurgical de quelques paralysies faciales d'origine otique.

(Revue de laryngol. 1898. No. 51.)

Zur Behandlung der im Verlauf einer Mittelohreiterung entstandenen Facialislähmungen wenden sich die Verff. gegen das

Chipault'sche Operationsverfahren, welches den Nerven von seinem Austritt im For. stylomastoideum an nach aufwärts verfolgt und in seinem knöchernen Kanal freizulegen sucht. Sie halten dieses Verfahren für schwierig und nicht ungefährlich und empfehlen dafür die typische Freilegung der Mittelohrräume als vollkommen ausreichend, um den Nerven von seinem Druck zu befreien.

Teichmann (Berlin).

---

10) **G. Krebs.** Zur Indikationsstellung der Radikaloperation chronischer Mittelohreiterungen.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1898. No. 9.)

Auf Grund seiner praktischen Erfahrungen, die sich wohl mit denen der meisten Ohrenärzte decken, kommt K. zu der Forderung, durch verbesserte Krankenbeobachtung die Möglichkeit einer exakteren Indikationsstellung für die Radikaloperationen bei chronischer Mittelohreiterung herbeizuführen. Er selbst theilt zu diesem Zweck eine Beobachtungsmethode mit, welche sich ihm bewährt hat und in Folgendem besteht: Täglich wird nach Spülung und Austupfung des Ohres ein Gazestreifen bis an die mediale Paukenhöhlenwand vorgeschoben. Wenn man am nächsten Tage denselben vorsichtig entfernt, sieht man bei unkomplicirter Ohreneiterung zunächst keinen Eiter; wo aber die Nebenräume des Mittelohrs mit erkrankt sind, sieht man am Ort der Mündung des betreffenden Nebenraums ein Eitertröpfchen, also bei Eiterungen des Kuppelraums vorn oben, bei Eiterungen des Warzenfortsatzes hinten oben. Verf. betont aber, dass nicht alle auf diesem oder anderem Wege festgestellten Erkrankungen der Nebenräume ohne Operation unheilbar sind, führt vielmehr 2 Typen von Erkrankungen an, bei welchen er (und auch wohl Andere! Ref.) mit Erfolg die konservative Therapie versucht hat; das sind erstens die Fälle mit cariöser Zerstörung der hinteren oberen Gehörgangswand, bei welchen man ohne Schwierigkeit vom Gehörgang aus mit dem scharfen Löffel in das Antrum mastoideum gelangt, und 2) die Fälle von stinkender Eiterung mit alter adhärenter Narbe am Warzenfortsatz, welche häufig auch ohne specialistische oder überhaupt ohne Behandlung ausheilen, freilich meist unter fast völligem Verlust des Gehörvermögens. Solche Pat. mit gutem Gehör operirt K. sofort, bei schlechtem Gehör versucht er zunächst die konservative Behandlung.

Teichmann (Berlin).

---

11) **Ipsen.** Die indirekten Orbitaldachfrakturen.

Inaug.-Diss., Greifswald, **Abel,** 1898.

Die indirekten Brüche des Orbitaldaches sind selten. Verf. konnte aus der Litteratur 23 Fälle zusammenstellen, denen er 2 weitere von Helferich beobachtete anreiht. Sie finden sich gewöhnlich nur bei schwersten Schädelverletzungen. Besondere Betrachtung erfordern dieselben nach ihrer Genese bei Schussverletzungen und bei solchen durch andere Gewalten. Die letzteren rufen diese Brüche hervor

durch die übermäßige Inanspruchnahme der Elasticität des ganzen Schädels. Die dabei auftretende momentane Deformirung zersprengt die dünnen Lamellen des Orbitaldaches. Anders bei den Schussverletzungen. Hier wirkt einmal als die häufigste Ursache, die sogenannte Höhlenpression mit. Einige Beobachtungen von v. Bergmann und Tiling erfordern aber noch andere Erklärung. Hier fanden sich solche indirekte Brüche bei mehr peripher nach Art der Streifschüsse auftreffenden Kugeln. Diese können vermuthlich eine so große »Höhlenpression« nicht gemacht haben, und Verf. ist daher mit Tiling geneigt, für diese Fälle die Experimente zur Klärung, heranzuziehen, welche Bornhaupt[1] anstellte, durch Beschuss von Röhrenknochen. Er erhielt sehr verschiedene Zertrümmerungen je nach der Wucht der auftreffenden Kugel. (Also wohl wieder die Beanspruchung der Elasticität, verschieden nach dem Einschlagwinkel! Ref.)

Die zahlreichen, seit Hippokrates aufgestellten andersartigen Erklärungsversuche werden in großen Zügen besprochen und zurückgewiesen.

Roesing (Hamburg).

---

12) **S. S. Golowin.** Die operative Behandlung der Stirnhöhlenerkrankungen.

(Chirurgie Bd. IV. p. 135. [Russisch.])

G.'s (Privatdocent und Assistent in der Moskauer Augenklinik) Abhandlung knüpft an 16 Stirnhöhlenoperationen an, die bei 14 Kranken im Laufe von $5^1/_2$ Jahren in der Moskauer Augenklinik ausgeführt wurden. Da in einem Falle sich die Annahme eines Empyems nicht bestätigte, so kommen auf 15 300 Kranke 0,08% Stirnhöhlenempyeme = 1 : 1170.

Die Arbeit beschäftigt sich vorherrschend mit der Therapie unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur, wobei der hervorragenden Arbeit Kuhnt's besondere Anerkennung gezollt wird.

Von den 13 Kranken hatten 6 Fisteln, bei den anderen, deren Stirnhöhlenempyeme noch geschlossen waren, konnte man sich mehrfach von der Schwierigkeit der Diagnose und von der Unzuverlässigkeit nur einzelner Symptome überzeugen. Nach kurzer Schilderung der anderen nichtoperativen und operativen Behandlungsarten hebt Verf. besonders das Verfahren von Kuhnt und Czerny hervor. Im Allgemeinen ist G. der Ansicht, dass die Kuhnt'sche Operation besonders da ihre Verwendung zu finden hat, wo die vordere Wand der Stirnhöhle schon in Mitleidenschaft gezogen ist, oder wo schon von Seiten des Gehirns Erscheinungen vorhanden sind. Immerhin sei es wünschenswerth, auch andere Methoden zu haben, welche den Verlust jener vorderen Wand nicht nothwendig im Gefolge haben. So hat denn Czerny die an anderem Ort schon so oft bewährte osteoplastische Methode auch auf die Stirnhöhlenoperationen über-

---

[1] Archiv für klinische Chirurgie Bd. XXV. Hft. 3.

tragen, und ähnlich hat später **Wolkowitsch** doppelseitig (1896) operirt.

In den ersten 3 Fällen (1895) hat G. noch mit einfacher Trepanation operirt, ohne dass er mit dem Erfolg zufrieden war. Dann betritt er den Weg der Osteoplastik in etwas anderer Weise als **Czerny**. Er nahm keinen Haut-Knochenlappen, sondern nur einen Haut-Periostlappen, so dass die Trennungslinie des Knochens mit der der Haut nicht zusammenfällt, und auf diese Weise eine Einziehung vermieden wird. Als fernerer Vortheil jenes Verfahrens, dessen genauere Darstellung ohne Abbildungen nicht leicht angängig ist, führt G. an, dass man von seinem Schnitt aus jeder Zeit die **Kuhnt**'sche Operation anschließen kann, wenn die Umstände dies erfordern. Für die Hauptsache bei der Operation hält aber auch G. schließlich die Verödung der Stirnhöhle und wendet dazu den siedenden, strömenden Dampf ev. mit dem Apparat **Sneguireff**'s an; er hat 2 Fälle nach diesem letzteren Verfahren, der Kombination der osteoplastischen Methode mit der Anwendung des Dampfes, anscheinend mit bestem Erfolg, operirt. Vorher hatte er sich an Hunden überzeugt, dass die Stirnhöhle, auf diese Weise behandelt, in der That verödet, wie die Abbildung eines aufgesägten Knochenpräparats zeigt.

Er will den strömenden Dampf auch für die Behandlung von lange andauernden Empyemen der Highmorshöhle versuchen.

Von den zusammenfassenden 12 Schlussthesen sei nur die eine erwähnt, nach welcher G. verlangt, dass man unter den vorhandenen Verfahren diejenigen wählen soll, welche für den vorliegenden Fall am besten passe. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

---

13) **B. Meisser.** Chamäprosopie, ein ätiologisches Moment für manifeste Ozaena (Rhinitis atrophica foetida).

(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 3.)

Verf. hat an 40 Ozaenakranken Gesichtsmessungen vorgenommen mit dem Ergebnis, dass 39 von ihnen chamäprosop waren und nur 1 Pat. etwas leptoprosop. Er hat ferner bei 2 Kranken mit einseitiger Ozaena die Schleimhaut von der mittleren Muschel der anscheinend gesunden Seite untersucht und an ihr eine Metaplasie des Epithels gefunden. Daraus schließt er, dass für das Zustandekommen des klinischen Bildes der Rhinitis atrophica foetida in der Hauptsache 2 Faktoren zusammenwirken müssen, die Epithelmetaplasie der Nasenschleimhaut und die Chamäprosopie resp. weite Nasenhöhle. Diese beiden Faktoren stehen unter sich in keinem kausalen Zusammenhang, auch die Metaplasie ist wahrscheinlich angeboren (oder wenigstens ererbt? Ref.). Wo aber der eine der beiden Faktoren fehlt, da fehlt auch das charakteristische klinische Bild der Ozaena.

Teichmann (Berlin).



14) G. Avellis (Frankfurt a/M.). Über die bei kleinen Kindern ein Kieferhöhlenempyem vortäuschende Tuberkulose des Oberkiefers.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 45.)

In der Litteratur finden sich einige, wenige Wochen alte Kinder betreffende Fälle von angeblichem Kieferhöhlenempyem beschrieben; A. bestreitet in Rücksicht auf die Symptomatologie dieser Beobachtungen und auch aus entwicklungsgeschichtlichen Gründen jene Diagnose und sucht, unter Mittheilung eines eigenen, durch gleiche Symptome ausgezeichneten, auch mikroskopisch untersuchten Falles nachzuweisen, dass es sich in jenen, wie in diesem um Tuberkulose des Nasen- und Gaumenfortsatzes des Oberkiefers gehandelt habe, und dass auch die akute Osteomyelitis des letzteren ähnliche Krankheitserscheinungen hervorrufen könne. **Kramer** (Glogau).

---

15) J. P. Naab. Die chirurgische Behandlung der Nasen-Rachenfibrome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Verf. berichtet über 11 radikal operirte Fälle von Nasen-Rachenfibromen aus der Czerny'schen Klinik. Trotz des meist gutartigen Grundcharakters der Neubildung ist derselben wegen der schwereren Symptome und des häufigen Auftretens von Recidiven nach unvollkommener Zerstörung der Primärgeschwulst eine gewisse Bösartigkeit zuzuerkennen, und das um so mehr, als auch sarkomatöse Entartung der Fibrome, meist allerdings nur nach vorausgegangenen operativen Eingriffen, konstatirt worden ist; auf der anderen Seite fällt für die Prognose als günstig ins Gewicht, dass mit Abschluss des Wachsthums bei den Geschwülsten ein Stillstand, ja eine vollkommene Rückbildung erwartet werden darf. Mit Rücksicht hierauf empfiehlt Verf. in jedem Falle eventuell wiederholt zu versuchen, die Geschwulst ohne Präliminaroperation auf natürlichem Weg zu entfernen, eine eigentliche Totalexstirpation mit vorhergehender Knochenresektion dagegen nur dann vorzunehmen, wenn das excidirte Stück sarkomatöse Entartung zeigt, die Blutung nicht mehr beherrscht werden kann, das Wachsthum ein sehr starkes ist, oder wenn Hirnerscheinungen auftreten. Für diese letzteren Fälle wird die v. Bruns'sche seitliche Nasenaufklappung, so wie die v. Langenbeck'sche Oberkieferresektion, eventuell in Verbindung mit temporärer Resektion der Nase nach Czerny und Jordan, empfohlen. Bei sämmtlichen vom Verf. mitgetheilten Fällen war ein radikales Vorgehen indicirt; nur bei 2 derselben, bei denen zugleich schon eine Umwandlung in Sarkom stattgefunden hatte, trat ein tödlicher Ausgang ein, die übrigen aber sind ohne Ausnahme recidivfrei geblieben. **Honsell** (Tübingen).

---

16) **A. Kantorowicz.** Beitrag zur Diagnose der adenoiden Wucherungen.

(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 3.)

Von der alltäglichen Beobachtung ausgehend, dass bei der Fingeruntersuchung des Nasen-Rachenraums selbst unter schonendster und gewandtester Ausführung eine kleine Blutung entsteht, falls adenoide Wucherungen vorhanden sind, empfiehlt Verf., statt des Fingers einen mit Watte armirten, passend gekrümmten Tamponträger in den Nasen-Rachenraum einzuführen, oder eine mit Watte armirte Sonde durch den unteren Nasengang bis in den Rachen einzuführen und dort einen gelinden Druck auszuüben. Zeigt sich die Watte beim Herausziehen des Instruments mit Blut bedeckt, so ist mit größter Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein adenoider Wucherungen anzunehmen. Negativer Ausfall der Untersuchung beweist aber nicht das Gegentheil. **Teichmann** (Berlin).

17) **M. Hendelsohn.** Über das Verhalten des Mandelgewebes gegen aufgeblasene pulverförmige Substanzen.

(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 3.)

Die neuerdings so oft betonte Auffassung der Mandeln und des adenoiden Gewebes im Rachen als Eingangspforte für organisirte Krankheitserreger hat den Verf. zu Versuchen veranlasst, wie sich das Mandelgewebe gegen aufgepulverte Fremdkörperstäubchen (Ruß, Karmin) verhalte. Er ist dabei zu den gleichen Ergebnissen gelangt wie Goodale, welcher Karmin, in Wasser suspendirt, in die Mandelkrypten einspritzte, d. h. er konnte eine reichliche Aufnahme der Fremdkörperchen durch das Mandelgewebe nachweisen, welche bereits 15 Minuten nach der Aufpulverung deutlich und noch nach Tagen wahrnehmbar war. Auch in den Halslymphdrüsen konnte er sie in Thierversuchen nach passender Zeit auffinden. Sie lagen theils in Lymphzellen, theils in den Bindegewebszügen zwischen den Follikeln, auch in Epithelzellen, seltener in den Keimcentren. Verf. schließt daraus, dass die Mandeln der ihnen zugeschriebenen Aufgabe, schädliche Fremdkörper abzufangen und an dem Eindringen in den Körper zu hindern, nicht gewachsen sind, und leitet daraus eine erweiterte Indikation zur operativen Entfernung auch mäßig vergrößerter Mandeln und zur möglichst vollständigen Zerstörung der verbliebenen Mandelreste durch Ätzmittel etc. her, wobei er die Umwandlung des adenoiden in derbes fibröses Narbengewebe als Ziel hinstellt. So dankenswerth das Bestreben ist, die Frage nach der physiologischen Bedeutung des adenoiden Gewebes im Rachen auf experimentellem Wege zu klären, so scheint doch durch die mitgetheilten Versuchsergebnisse die Auffassung von der Schutzwirkung der Mandeln dem Ref. keineswegs widerlegt zu sein. Denn in Wirklichkeit findet doch kaum jemals eine derartige Überschwemmung der »Eingangspforten« mit virulenten Krankheitserregern statt, dass

nicht der bisher gesunde Organismus selbst noch in den Lymphdrüsen mit ihnen fertig werden sollte. Andererseits gelangt man bei Annahme der H.'schen Indikationen leicht wieder zu dem bereits glücklich verlassenen Standpunkt zurück, jedes nur sichtbare Lymphknötchen der Rachenschleimhaut mit Brenner und Ätzmittel zu bearbeiten und damit aus einer immerhin brauchbaren Schleimhaut eine funktionslose Narbentapete zu machen.

Teichmann (Berlin).

---

18) **E. Haas.** Zur Operation der Retropharyngealabscesse.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

H. schildert einen Fall von ausgedehntem Retropharyngealabscess bei einem $1^1/_4$ Jahr alten Kind, der in der v. Bruns'schen Klinik nach dem Vorgehen von Chiene durch Incision an der Außenseite des Halses, und zwar am Hinterrand des Kopfnickers, glänzend geheilt worden ist. Anschließend berichtet Verf. über sämmtliche bis jetzt in der Litteratur veröffentlichten Fälle von äußerer Eröffnung retropharyngealer Abscesse, die theils nach dem Chiene'schen, theils nach dem Burckhard'schen Verfahren (Incision am Vorderrand des Kopfnickers) operirt worden sind, und kommt zu dem Schluss, dass sowohl für idiopathische, wie für tuberkulöse, mit Spondylitis zusammenhängende Retropharyngealabscesse die äußere Incision gefordert werden muss, so wie ferner, dass das Chiene'sche Verfahren dem Burckhard'schen vorzuziehen ist, da ersteres entschieden einfacher, überraschend leicht auszuführen und weit ungefährlicher ist.

Honsell (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

19) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

98. Sitzung am Montag, den 12. December 1898, im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr König in Vertretung des Herrn v. Bergmann.

Der Vorsitzende begrüßt im Namen der Vereinigung den aus Paris als Gast anwesenden Prof. Calot, welcher beabsichtigt, eine Demonstration seiner Methoden der Behandlung (resp. Operation) der Kyphose zu geben.

Hierauf stellt Herr König einen Pat. mit einem Aneurysma der Carotis vor.

1) Der betreffende Pat., 58jähriger, sehr kräftiger Mann (Förster) war immer gesund, hat besonders nie an Lues gelitten, klagt seit ca. 8 Wochen über rheumatische Schmerzen im rechten Arm und in der rechten Schulter; gleichzeitig sei an der rechten Kopfseite eine rasch wachsende Geschwulst entstanden.

Mit der Diagnose: Bösartige Geschwulst wurde der Pat. dem Vortr. zugeschickt.

Es findet sich eine hühnereigroße Geschwulst, 2 cm unter dem Kieferast beginnend, unter die Clavicula hinein sich erstreckend, ohne dass das Ende fühlbar ist, pulsirend — die Halseingeweide sind nach links verdrängt.

Die Pulsation ist allseitig zu fühlen, die Herzuntersuchung ergiebt ein starkes Geräusch, Atheromatose liegt nicht vor.

Ein von Prof. Grunmach angefertigtes Skiagramm ergiebt, dass die Geschwulst bis zum Aortenbogen sich erstreckt, dass es sich also um ein Aneurysma handelt, das auf die Carotis übergegangen ist. Die Subclavia ist ohne Tumor fühlbar.

K. kann sich nicht zu einem operativen Eingriff entschließen, denn er hält es für unmöglich, etwa durch die Unterbindung der Subclavia und Carotis eine Genesung zu erzielen.

In der Diskussion erwähnt Herr Rose, dass er 2 Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte: ein Pat. (Pferdehändler) ging ohne Operation zu Grunde, bei dem anderen wurde das Aneurysma, nachdem es in Folge eines Stoßes mit einer Mistgabel geplatzt war, exstirpirt; der Kranke wurde geheilt.

Ein 3. Pat. litt ebenfalls an einer pulsirenden Geschwulst am Hals (anscheinend ein Aneurysma der Carotis), und wurde mit Jodkali behandelt. Der Hals wurde dünner, der Pat. besserte sich.

Es stellte sich aber bald heraus, dass die Anschwellung bedingt war durch ein Carcinom des linken Schilddrüsenlappens; in Folge Jodkaligebrauchs verkleinerte sich wohl der angeschwollene Drüsenlappen, nicht aber das Carcinom resp. das vermeintliche Aneurysma.

Herr Karewski hat einen Fall von Aneurysma der Carotis operirt. Die Geschwulst — unterhalb der Theilungsstelle der Carotis — konnte exstirpirt werden. Pat. genas.

Zum Schluss bemerkt Herr König, dass er, auch wenn es eine Geschwulst der Schilddrüse wäre, nicht operiren würde, und obwohl Lues ausgeschlossen sei, er es doch mit Jodkali versuchen würde.

2) Herr Sonnenburg: Exartikulation des Schultergürtels wegen Oberarmsarkoms. (Krankenvorstellung.)

Derartige Operationen sind einige Male schon mit günstigem Erfolg vorgenommen worden, Adelmann hat eine Statistik darüber veröffentlicht. Hier handelte es sich um ein Sarkom des Oberarms mit starker Betheiligung der Weichtheile bis zum Schulterblatt. Wegen der Ausdehnung der Neubildung und wegen der furchtbaren Schmerzen musste zur Operation geschritten werden. S. machte zunächst eine Unterbindung der Subclavia, wodurch sich die Operation sehr vereinfachte, danach einen Ovalärschnitt um die Schulter. Blutung war leicht zu beherrschen. Der Einfachheit halber wurde die Clavicula am Akromialende durchsägt.

Die Heilung erfolgte per primam.

3) Herr Borchardt: Demonstration eines Präparats eines Aneurysmas der Bauchaorta.

Der betreffende Pat. litt seit 17 Jahren an starken Rückenschmerzen, zu denen sich seit einigen Jahren noch Schmerzen im linken Bein hinzugesellten; seit Frühjahr 1898 Auftreten einer Geschwulst in der linken Unterbauchgegend.

Bei der Aufnahme in die v. Bergmann'sche Klinik, im Oktober, wurde in der linken Seite des Abdomens eine cystische Geschwulst diagnosticirt, die fest der Beckenschaufel aufsaß, eine glatte Oberfläche hatte und anscheinend retroperitoneal lag.

Die Differentialdiagnose schwankte zwischen Psoasabscess und Hydro- resp. Pyonephrose; freilich fand sich weder eine Kontrakturstellung des Beines, noch eine Veränderung im Urin.

Die Probepunktion ergab bräunliches, dünnflüssiges Blut.

Bei der Operation (Schrägschnitt parallel dem Poupart'schen Band) entleert sich aus der retroperitoneal gelegenen Geschwulst ca. $^3/_4$ Liter Blut, die Wand scheint mit Coagulis bedeckt. Der Sack wurde tamponirt, im Lauf der nächsten Tage traten leicht zu bewältigende Nachblutungen ein, schließlich fand eine Zersetzung der Coagula statt, und Pat. starb unter den Erscheinungen der Sepsis.

Bei der Sektion fand sich die linke Niere und Nebenniere stark vergrößert, unter dem Zwerchfell, rechts an der Wirbelsäule, ein aneurysmatischer Sack, durch den die benachbarten Wirbelkörper stark usurirt waren; links war eine Ruptur in dem Sack nachweisbar, durch die sich sein Inhalt längs des Psoas hin bis an das Poupart'sche Band gesenkt hatte.

4) Herr König jun. demonstrirt das Präparat eines Aneurysmas der Arteria und Vena femoralis und berichtet über den Krankheitsfall Folgendes:

Ein Officier erhielt, auf dem Pferd sitzend, einen Schuss in den Oberschenkel in der Gegend der Adduktoren. Es erfolgte eine starke Blutung; Pat. stieg vom Pferd, ließ sich verbinden und in einem Krankenhaus aufnehmen, in dem er 3 Wochen zubrachte.

Nach dem Verlassen des Krankenhauses bestand noch eine Geschwulst in der Mitte des Oberschenkels, die lebhaft pulsirte; das Pulsiren verschwand nach Komprimiren der Arteria femoralis — also ein Aneurysma.

Bei der vor einigen Wochen vorgenommenen Operation fand sich die nur haselnussgroße Geschwulst mit Muskulatur und Fascien innig verwachsen, zahlreiche kleinere Gefäße mussten außer der Arterie und Vene mit unterbunden werden.

Nach Lösung des Schlauches stellte sich langsam die Cirkulation in den peripheren Theilen und Pulsiren des centralen Stückes wieder ein.

Das Präparat zeigt einen Pfropf, der aus einem Gefäß (Arterie) in das andere (Vene) hineinragt. Die Aussackung erstreckt sich auf Arterie und Vene.

5) Hierauf demonstrirt Herr Calot an 2 Kindern (einer 4jährigen und einer 5jährigen Pat.) die von ihm geübte, nach ihm benannte Methode der Behandlung des Buckels.

Das 1. Kind wird in der Glisson'schen Schwebe aufgehangen und narkotisirt. In dieser Lage nimmt C., während 2 Assistenten das Kind fixiren resp. extendirt halten, mit beiden Händen das Redressement des Gibbus vor. Noch während der Narkose — die jedoch nicht in allen Fällen nöthig ist — wird das Kind eingegipst; der Verband reicht vom Hinterkopf resp. Kinn bis zum Kreuzsteißbein.

Nach Erstarren des Verbandes werden die das Kind an der Glisson'schen Schwebe haltenden Gurte zerschnitten.

Die Gipsverbände müssen häufig, über Monate und Jahre hinaus erneuert werden.

Bei dem 2. Kinde wird der Gibbus in Bauchlage blutig reponirt. C. macht eine Längsincision von ca. Fingerlänge über den Buckel hinweg, entfernt die betreffenden Proc. spinosi, hebelt das Periost zu beiden Seiten von den Dornfortsätzen ab, vernäht das Periost wieder und eben so die Haut, nach exakter Blutstillung durch Kompression. Danach wird, ebenfalls unter Extension in der Glisson'schen Schwebe, aber noch in Bauchlage, das Redressement mit beiden flach aufgelegten Händen vorgenommen.

Während sich das Kind noch in Narkose befindet, wird es, in der Schwebe hängend, eingegipst.

Durch seinen operativen Eingriff bezweckt C., einen traumatischen Reiz auf das Periost auszulösen; dadurch soll eine Knochenbildung erzielt und eine knöcherne Brücke geschaffen werden, die dann wiederum eine Stütze abgeben soll als Ersatz der durch Tuberkulose zerstörten Wirbelkörper (?).

Von verschiedenen Mitgliedern wird Calot auf das Bedenkliche aufmerksam gemacht, die Kinder in der Suspension zu narkotisiren; er erwidert darauf, dass Narkosen in dieser Lage völlig gefahrlos und ihm niemals unglückliche Zufälle vorgekommen seien.

Zum Schluss spricht der Vorsitzende dem Vortr., der zur Demonstration seiner Methode die weite Reise unternommen, den herzlichen Dank der Gesellschaft aus.

Sarfert (Berlin).

---

20) Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 25.)

Aus der Sitzung vom 17. Juni 1898.

Matzenauer demonstrirt aus der Klinik Hofrath Neumann's einen Fall von seltener Lokalisation eines syphilitischen Primäraffekts im Munde. In der Nische zwischen dem rückwärtigsten Theil der linken Wangenschleimhaut und dem Angulus mandibulae befindet sich ein grubig vertieftes, über kreuzergroßes Geschwür von flacher, braunrother, speckig glänzender Oberfläche, mit scharfen,

steilen, glatten Rändern und von beträchtlicher Derbheit. Dicht neben demselben, durch eine 3 mm breite normale Schleimhautbrücke getrennt, am weichen Gaumen links ein etwa bohnengroßer eben so beschaffener Substanzverlust. Großes Drüsenpacket am linken Unterkiefer.

Der Pat., von kachektischem Aussehen, dessen Geschwür bereits mehrfach für Carcinom gehalten wurde, entging einer eingreifenden Operation nur desshalb, weil die Geschwulst für inoperabel bezeichnet wurde.

Habart demonstrirt einen mittels temporärer Schädelresektion nach Wagner geheilten Fall von Gehirnabscess.

Pat. hat vor 2 Jahren durch Fall Quetschung am Hinterhaupt erlitten. 1/2 Jahr später trat eine Vorwölbung am rechten Seitenwandbeinhöcker auf, die unter äußerer Behandlung größtentheils verschwand, sich jedoch 1/4 Jahr später wieder einstellte. Lues wird geleugnet. Im Januar 1898 ist die Diagnose einer Diploëgeschwulst am wahrscheinlichsten. Symptome: heftiger Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Stauungspapille mit Neuritis optica und hämorrhagischen Herden, so wie Schwindelanfälle. Keine Herdsymptome. Schmierkur und Jodkali brachten für kurze Zeit geringen Nachlass der Erscheinungen. Als die Kopfschmerzen unerträglich wurden, und in den Extremitäten muskuläre Zuckungen und Parästhesien auftraten, Operation nach Wagner (rechtsseitig). Anscheinende Geschwulst unter der Dura mater (an einer Stelle schwielige Narbe) erweist sich als Abscess. Nach Ablösung der weichen Gehirnhaut quoll aus der Tiefe der Hirnwindungen abermals Eiter. Ausschabung der erweichten Gehirnmasse mit dem scharfen Löffel, Stillung der Blutung mit dem Paquelin. Die Eröffnung des gefährdeten Seitenventrikels konnte vermieden werden. Drainage mit Jodoformgaze. Nach der Operation Aufhören der Schmerzen, Schlaf stellt sich wieder ein, nie Erbrechen. Am 15. Tage Heilung der Schädelwunde. Die von Paltauf vorgenommene Untersuchung der Gehirnpartikelchen ergab gummöses Gewebe und gummöse Pachymeningitis. Stauungspapille ist im Abschwellen begriffen. Das Fehlen der Herdsymptome ist begründet durch die Lage im hinteren Associationscentrum an der Grenze des Scheitel-, Schläfen- und Hinterhauptlappens, d. h. hinter den Centralwindungen. Am 25. Tage trat ein typischer Anfall von Epilepsie als Folge des Vernarbungsprocesses ein, dann noch 2mal Muskelkrämpfe ohne Bewusstseinsstörung, die sich seitdem nicht mehr wiederholt haben. **Hübener** (Breslau).

---

21) **Knauss.** Zur Kenntnis der echten Neurome. Neuroma verum multiplex amyelinicum gangliosum.

(Virchow's Archiv Bd. CLIII. p. 29.)

Mädchen (8 Jahre) mit seit 5 Jahren bestehenden, ohne alle Regel über den ganzen Rumpf und den oberen Theil der Oberschenkel verbreiteten, unter der Cutis gelegenen, nicht druckempfindlichen, derb elastischen Geschwülsten von Kirschen- bis Hühnereigröße. Bei der Exstirpation einzelner erwiesen sich dieselben als abgekapselt, und niemals war an ihnen, wie dies v. Recklinghausen in seiner für die Kenntnis derartiger Geschwülste bedeutenden Monographie »Über die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen« beschrieben hat, ein Stiel zu finden. Mikroskopisch bestanden die Geschwülste aus marklosen und markhaltigen Nervenfasen, so wie sehr zahlreichen Ganglienzellen. An Serienschnitten eines ganz kleinen Knötchens im Zusammmenhang mit der Nachbarschaft, Haut und Unterhautgewebe wurde nachgewiesen, dass dasselbe mit keinem Cerebrospinalnerven in Verbindung stand, dass es dagegen seitlich von einem kleinen Gefäß (Arterie) durchbohrt wurde. Verf. hält es bei der eigenthümlichen Zusammensetzung der Geschwulst für wahrscheinlich, dass sie vom sympathischen Nervensystem, und zwar von den feinsten Geflechten desselben, welche als trophische Fasern die Blut- und Lymphgefäße begleiten, ihren Ausgang nehmen. Er vermuthet, dass im Verlauf der letzteren noch zahlreiche, mikroskopisch kleine Ganglien eingeschaltet seien, und dass aus diesen alsdann die Geschwülste entständen. Diese Entstehungsart sei wahrscheinlicher, als die aus versprengten embryonalen Keimen im Sinne Cohnheim's. **Fr. Pels Leusden** (Göttingen).

22) **P. Spillmann et G. Etienne** (Nancy). Six cas de neurofibromatose.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Juli.)

Aus einzelnen der Beobachtungen geht die, auch in den früheren Publikationen über den gleichen Gegenstand schon betonte Heredität der Neurofibrome mit großer Deutlichkeit hervor. In 1 Falle traten die medullären Symptome (Paraplegie, Kontraktur, Inkontinenz der Blase und des Darmes) in den Vordergrund, welche bei ihrer diffusen Verbreitung (sensible, motorische, Reflex-, Sphinkterstörungen) auf eine diffuse Erkrankung des Rückenmarks schließen ließen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

23) **A. Pospelow.** Trophische Störungen der Haut bei spinaler Gliomatose oder Syringomyelie.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 91. Festschrift für F. J. Pick.)

Es ist bekannt, eine wie große Rolle Hautveränderungen in dem Krankheitsbild der Syringomyelie spielen; aus einer Übersicht über die Litteratur, wie sie P. giebt, geht das besonders deutlich hervor. In dem Falle, den Verf. selbst beobachten konnte, waren verschiedene, zum Theil bei der Syringomyelie noch nicht beobachtete Hauterkrankungen vorhanden. Die Kranke, welche zuerst lokale Asphyxie der Extremitäten, Autographismus, partielle Thermoanästhesie und Analgesie, partielle Muskelatrophie der rechten Hand und schmerzlose Panaritien darbot, erkrankte weiterhin noch an Sklerodaktylie, in direktem Zusammenhang mit der lokalen Asphyxie, ferner an einer der Erythromegalie analogen Affektion, die P. als Oedema cutis circumscriptum acutum dolorosum bezeichnet, und an einem »Herpes zoster irregularis gangraenosus«. (Einzelnes erinnert an den von Neuberger publicirten Fall; Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Leipzig 1891. Ref.) **Jadassohn** (Bern).

24) **E. Vidal.** Note sur deux cas d'hystérie consecutifs à un traumatisme.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Oktober.)

Im 1. Falle bekam eine 23jährige Frau, 8 Tage nach einer glücklich durchgeführten Ovariotomie, beim Verbandwechsel (Einführen eines Tampons) heftigen Trismus, Erstickungsgefühl, darauf allgemeine Krämpfe mit Steifigkeit der Glieder und des Rumpfes und Bewusstlosigkeit. Die ganze Krise dauerte 4 Minuten. Beim nächsten Verbandwechsel wiederholte sich dieselbe Scene, nur kürzer. 8 Wochen nach der Operation war von nervösen Erscheinungen nur noch eine Einschränkung des Gesichtsfeldes zu konstatiren.

In einem 2. Falle bekam ein robuster, an Lumbago in Folge Überstreckung leidender Mann von 46 Jahren plötzlich Nachts einen sehr heftigen Schmerz im linken Bein, an den sich rhythmische Zuckungen des ganzen Körpers anschlossen; dabei Ausstoßen stöhnender Laute und schließlich Erlöschen des Bewusstseins für 20 Minuten. Diese Attacke wiederholte sich im weiteren Verlauf öfters und ging schließlich in Heilung über.

(Derartige transitorische Störungen machen das Vorkommen wirklich geistiger Alterationen [Psychosen] im Anschluss an Traumen oder Operationen bei dazu disponirten Individuen verständlich. Ref.) **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

25) **Haag.** 2 Fälle von Schreckwirkung als Unfallfolge (psychisches Trauma).

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 11.)

Im 1. Falle traten bei einem Steinmetzpolier, welcher schon einige Zeit an Schrumpfniere und Hypertrophie des linken Ventrikels ohne Beschwerden und ohne irgend welche Kompensationsstörungen erkrankt war, in Folge eines heftigen andauernden Schrecks (Minenexplosionsgefahr) mit dem Tage des Ereignisses

Kompensationsstörungen ein, die nach 7 Monaten den Tod zur Folge haben. Im 2. Falle traten bei einem Maurer unmittelbar nach einem heftigen Schreck (tödlicher Absturz seines Mitarbeiters) nervöse Symptome auf, die schließlich das Bild der Basedow'schen Krankheit boten.

In beiden Fällen wird seitens der betreffenden Berufsgenossenschaften die Entschädigungspflicht anerkannt. **Teubner** (Hannover).

26) **Doyen.** Mittheilungen über Hirnchirurgie.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVII. Hft. 4.)

D. beschreibt sein Instrumentarium sowohl für manuell ausgeführte Eingriffe wie für Operationen mittels elektrischer Apparate. Bei starker Blutung aus dem durchtrennten Knochen wird empfohlen, die Gehirnoperation erst nach 6—7 Tagen vorzunehmen. Incision der Dura beseitigt einstweilen etwa vorhandene Drucksymptome. Sonst enthält der kurze Aufsatz nur eine Aufzählung der Eingriffe, die D. am Schädelinneren vorgenommen hat. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

27) **H. Schloffer.** Zur Kasuistik der Schädel- und Gehirnverletzungen.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Verf. theilt die in 20 Fällen von Schädel- und Gehirnverletzungen der Wölfler'schen Klinik gesammelten Beobachtungen mit, die sowohl in diagnostischer wie therapeutischer Beziehung viel Interessantes bieten. So handelt es sich im 1. der mitgetheilten Fälle um einen Revolverschuss quer durchs Gehirn mit Zertrümmerung desselben, Extraktion des Projektils gegenüber der Einschussöffnung, Heilung, nach 1/2 Jahr; Auftreten epileptischer Krämpfe, die nach 3 1/2 Jahren zum tödlichen Ausgang führten. In einem 2. Falle von penetrirendem Hirnschuss war das Geschoss nicht gefunden worden; der Wundverlauf schien zunächst ein ungestörter, doch erfolgte nach 2 Monaten der Tod an lobulärer Pneunomie und Abscess in der Gegend des Stirn- und Scheitellappens. In einem 3. drang das Projektil vom Mund aus in die hintere Schädelgrube ein und konnte hier nach vorhergegangener Skiaskopie extrahirt werden. Nach Verf. hat sich im Lauf der Zeit die Indikationsstellung der Trepanation bei Schussverletzungen entschieden zu Gunsten derselben verschoben; jedes der Extraktion zugängige Geschoss soll aus der Schädelhöhle entfernt werden, und zwar sofort, falls dasselbe durch seinen Sitz an der Hirnoberfläche Störungen hervorruft, oder gleichzeitig eine erhebliche, voraussichtlich durch den Eingriff stillbare Blutung besteht. Im Übrigen wäre über den Zeitpunkt der Trepanation von Fall zu Fall zu entscheiden.

Von den übrigen Beobachtungen sei noch hervorgehoben ein Fall von komplicirter Kompressionsfraktur mit kontralateralen Lähmungen, in dem ein rascher Rückgang der Lähmungen nach Hebung der Impression eintrat; schwere Fälle komplicirter Frakturen, in denen die Defekte durch Celluloidplatten oder osteoplastische Operationen gedeckt wurden, eine Reimplantation eines großen durch einen Säbelhieb ausgesprengten Schädelstücks so wie 2 Fälle von traumatischer Neurose, in denen durch Trepanation und Excision des Narbengewebes Heilung erzielt wurde. 3mal lagen traumatische Gehirnaffektionen ohne Schädelbruch vor, im 1. Falle eine sogenannte Pott'sche Eiteransammlung, die durch 2malige Trepanation beseitigt wurden, im 2. kontralaterale Lähmung mit Aphasie (exspektatives Verhalten, Heilung), im 3. Apoplexie mit Hemiplegie (ergebnislose Trepanation wegen Verdachts auf Hämatom der Dura, unvollkommener Rückgang der Erscheinungen). Für letzteren Fall nimmt Verf. intrameningeale Blutungen als Ursache der Funktionsstörungen an. **Honsell** (Tübingen).

28) **J. Mandl.** Kasuistischer Beitrag zur Commotio cerebri.
(Wiener med. Wochenschrift 1898. No. 40.)

Verletzung eines Soldaten durch niederstürzende Brückenschindeldecke am Kopf. Er geht 5 Minuten weit bei freiem Bewusstsein; Erzählung des Hergangs. Puls 76. Nach 3/4 Stunde ruhigen Liegens Bewusstlosigkeit, aus der Nase kam Blut.

Aussetzen der Athmung und des Pulses. Nach Einleitung künstlicher Athmung kommt dieselbe stockend in Gang. Puls 54, klonische Krämpfe der Bauchmuskulatur. Das Bewusstsein kehrt aber erst nach 36 Stunden allmählich zurück; darauf wieder ein soporöser Zustand von ca. 24 Stunden und dann allmähliche definitive Heilung. Die im Anfang vorhandene Erinnerung an den Unfall erlöscht im Bewusstseinsverlust. Nach dem Erwachen vollkommene Amnesie. Der Fall ist wohl weniger nach der Titelbezeichnung als Commotio cerebri zu deuten, als vielmehr als Hirndruck durch sekundäre Blutung, welche der Autor auch annimmt, mit Ausgang in Heilung. **Herm. Frank** (Berlin).

29) **Laehr** (Berlin). Über Gehirntumoren nach Kopfverletzungen.
(Charité-Annalen 1898. p. 768.)

Eine Arbeit von neurologischer Seite über den Zusammenhang zwischen Kopfverletzungen und danach auftretenden Hirngeschwülsten mit besonderer Berücksichtigung der Unfallgesetzgebung kann nur willkommen sein, wenn auch das bearbeitete Material den Verhältnissen entprechend nur klein ist. Es wird die Möglichkeit zugegeben, dass eine Geschwulst bei vorhandener Disposition sich im Hirn entwickeln bezw. eine schon vorhandene ein rasches Anwachsen zeigen könne, wenn durch eine heftige Hirnerschütterung ein Reiz auf die nach den Anschauungen Ribbert's (Cohnheim, Ref.) als vorhanden anzusehenden versprengten Keime ausgeübt wird. Ja, in einzelnen Fällen braucht das den Kopf treffende Trauma gar nicht einmal besonders groß zu sein, wie Verf. an seinem 1. Falle nachzuweisen sucht, in welchem sich bei einer angeblich niemals inficirten Frau unmittelbar nach einem Schlag gegen den Kopf Erscheinungen einer sich im Hirn entwickelnden Geschwulst meldeten, die nach dem Tod als Gumma erkannt wurden. Gerade von den Gummata wissen wir, dass sie sich häufig in verletzten Geweben entwickeln.

Noch schwieriger wird die Begutachtung, wenn schon vor der Verletzung Nervenerscheinungen vorlagen, wie in Fall 2, in welchem von früh an epileptische Anfälle aufgetreten sind, und die Verletzung in einem solchen Anfall erfolgt sein kann. Hier will Verf. den Unfall selbst — Sturz in einen Schacht mit dem Kopf voran — nur dann verantwortlich machen, falls auch zu dem Auftreten des ihn veranlassenden Schwindels mit angeschlossenem Krampfanfall irgend ein besonderer Grund, der dem Betriebe zur Last fällt, z. B. große Hitze, ungewöhnliche Körperanstrengung, vorgebeugte Körperhaltung o. dgl. vorgelegen hat. Falls solche veranlassende Momente aber fehlten, so sei der Unfall eben als Folge der bestehenden Epilepsie, also einer außerhalb des Betriebs gelegenen Ursache anzusehen und diesem höchstens die Schwere des Unfalls zur Last zu legen, in so fern als er die Möglichkeit zum Sturz in einen Schacht schuf.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

30) **B. S. Koslowski.** Endotheliom der Diploë, der Gehirnhäute und des Gehirns, entfernt durch Trepanation.
(Chirurgie 1898. p. 477. [Russisch.])

Die seit 1 Jahre entstandene, jetzt die Größe einer halben Apfelsine darstellende Geschwulst saß bei der 56jährigen Kranken in der Mitte der linken Scheitelgegend. Gehirnerscheinungen, Krämpfe und Lähmungen waren nicht vorhanden. Es wurde die Diagnose auf eine bösartige Geschwulst gestellt. Bei der Operation wurde ein thalergroßes Stück der Dura entfernt. Die Geschwulst nahm die Gegend der Rolando'schen Furche und einen Theil ihrer Nachbarschaft ein. Aus der genauen Beschreibung des Befundes sei nur erwähnt, dass die Operirte nach der Operation eine Lähmung des rechten Armes, rechten Beines, des rechten Mundwinkels mit motorischer Aphasie zeigte. Die Heilung ging langsam vor sich, und alle jene Erscheinungen gingen zum größten Theil zurück.

Eine nähere Beschreibung des mikroskopischen Befundes und eine genaue Epikrise mit Litteraturverzeichnis bilden den Schluss der Arbeit.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

31) **A. N. Hartmann.** 2 Fälle von Schädelresektion.

(Chirurgie 1898. p. 488. [Russisch.])

Aus der Moskauer chirurgischen Fakultätsklinik (Prof. Bobrow) berichtet H. über 2 Fälle von Schädeltrepanation. Der eine Fall betraf eine Jackson'sche Epilepsie, die nach einem heftigen Trauma entstanden war. Die Operation hatte hier anscheinend günstig gewirkt, indem die Anfälle wesentlich seltener geworden waren. Die 2. Trepanation wurde wegen einer Geschwulst in der Stirngegend gemacht, welche im Sinus frontalis saß. Nach der Heilung wurde dem Kranken gerathen, als Schutz eine Aluminiumplatte zu tragen.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

32) **K. Grunert.** Ein Fall von pulsirendem Enophthalmus.

(Die ophthalmolog. Klinik 1898. II. No. 15. p. 272.)

G. berichtet über folgenden Fall:

Ph. L., Müller, 49 Jahre. Anamnese unzuverlässig, im December 1897 (?) angeblich Fall auf den Hinterkopf mit mehrstündiger Bewusstlosigkeit. Im Anschluss daran Zurücktreten des Augapfels in der Augenhöhle, Auftreten einer kleinen dunkelrothen Vorwölbung an der Innenseite des Bulbus, langsames Wachsthum derselben, allmähliches Erlöschen der Sehkraft auf dem linken Auge. Schmerzen oder Beschwerden bestehen sonst nicht; Narbe in der Stirngegend von einer Verletzung mit einem Ziegelstein, an der linken Halsseite von einem »Heugabelstich« herrührend. Der Befund auf dem rechten Auge ergiebt normale Verhältnisse, links besteht Amaurose; Enophthalmus der linken Seite. Einstülpung der Lider in die Orbita. Völliger Schwund des orbitalen Fettgewebes, Beweglichkeit des Bulbus nach allen Seiten erhalten, nur überall ein wenig beschränkt. Deutlich sichtbare pulsatorische Bewegung des Augapfels in der Richtung von innen hinten nach vorn außen. Exkursion ca. 2—3 mm. Conjunctiva und Sclera der äußeren Bulbushälfte von normalem Aussehen. Die innere Hälfte von einer flachen wulstigen Gefäßgeschwulst variköser Venen bedeckt. Bei der Auskultation des Bulbus schwaches rhythmisches Geräusch. Bei Kompression der Jugularis, bei Wirkung der Bauchpresse oder Bücken Anschwellen der Varicen zu blaurothen Träubchen, Vordrängung des Bulbus, so dass eine thatsächliche Protrusion des Bulbus unter Divergenzstellung eintritt. Bei Aufhören der Stauungsmomente Zurücktreten des Bulbus unter deutlicher Pulsation — also das Bild des intermittirenden Ex- und Enophthalmus. Ophthalmoskopisch: Atrophie des Sehnerven. Keine Erscheinungen von Seiten des Facialis, keine sonstigen trophischen Störungen. Im linken Trommelfell eine eirunde Narbe, Gehör gut.

Auf Grund der angestellten Beobachtung kommt G. besonders wegen der einen scharf umgrenzten Gefäßbezirk betreffenden Venenerweiterung, wegen des Enophthalmus etc. zu dem Schluss, dass es sich um ein Aneurysma arterio-venosum im Bereich der Arteria und Vena ophthalmica in Folge einer Schädelfraktur handelt, während die Opticusatrophie durch Übergang der Fraktur auf den Can. opticus, durch narbige Schrumpfung oder retrobulbären Bluterguss zu erklären wäre. Den Schwund des Orbitalfettes führt G. auf trophoneurotische Ursachen (unter Sympathicuseinfluss) zurück.

[Anmerkung des Ref. Es ist mir vielleicht erlaubt, zu dem interessanten Befund G.'s einiges, was für die Beurtheilung des Falles wichtig und von chirurgischem Interesse ist, zu bemerken. Ich habe den Pat. selbst im März 1898 — also ca. 3 Monate vor G. — zuerst auf der Augenabtheilung des Herrn Geh. Hofrath Maier in Karlsruhe gesehen. — Der Befund war ungefähr der nämliche, wie im Juni 1898 bei der Untersuchung durch Herrn Dr. G. Nur waren damals die Exkursionen der Pulsationen (so weit es sich aus der Beschreibung entnehmen lässt) ausgiebiger — es bestand ein deutliches, wenn auch entfernt klingendes blasendes systolisches Geräusch bei der Auskultation des Bulbus unter einem leichten Druck. Bei der Sistirung der Cirkulation in der linken Carotis comm. durch Fingerdruck wurden die Pulsationen für kurze Zeit geringer — wegen des gleichzeitigen Druckes auf die Vena jugularis schwollen die ektatischen Venen am Bulbus aber

bald enorm an, und es kam rasch zu einem starken Exophthalmus. Auch konnte an der Peripherie der Venengeschwulst am Bulbus dann und wann eine deutliche Pulswelle konstatirt werden. — Der Pat. gab an, vor 2 Jahren den Fall gethan zu haben; dass es sich um einen Schädelbruch gehandelt hatte, war ziemlich zweifellos. Wir nahmen nach unserem Befund ein Aneurysma arterio-venosum im Sinus cavernosus — wegen der eigenthümlichen Lokalisation der Venengeschwulst am Bulbus — im Verlaufsbeginn des Ophthalmicagefäßes an; den Enophthalmus hielten wir für einen sekundär entstandenen. Da Pat. durch das Hervortreten des Bulbus bei jeder anstrengenden Arbeit, besonders auch beim Bücken behindert war und dringend operative oder sonstige Hilfe wünschte, wurde ihm unter Vorhalten der Gefahren und des problematischen Erfolges die Unterbindung der Carotis vorgeschlagen. Der Vorschlag wurde sofort angenommen, und ich habe am 28. April die Unterbindung der Carotis communis sinistr. an typischer Stelle ausgeführt (starke Seidenligatur). Der Verlauf nach der Unterbindung war ein völlig reaktionsloser, sowohl was die Wundheilung anbetraf, als auch bezüglich der sonstigen Erscheinungen. Der Puls blieb vollkommen ruhig, Erbrechen, Schwindel, sonstige Lähmungs- oder Reizerscheinungen von Seiten des Gehirns fehlten vollkommen.

Es musste also angenommen werden, dass sich bei der 2jährigen Dauer des Leidens sehr ausreichende Anastomosen gebildet hatten. Demgemäß war auch von einem Heilerfolg der Unterbindung wenig zu erwarten. Die Pulsationen wurden allerdings schwächer, der Bulbus trat beim Bücken nicht mehr ganz so stark hervor, wie früher. Die subjektiven starken Geräusche (Sausen und Brausen im Kopf) waren verschwunden — aber das war auch Alles. Pat. wurde dann im Juni 1898 ohne erhebliche Besserung entlassen.] **F. Krumm** (Karlsruhe).

33) **R. Müller** (Berlin). Bericht über die Ohrenklinik des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Trautmann für das Jahr vom 1. April 1897 bis 31. März 1898.

(Charité-Annalen 1898. p. 548.)

Die überwiegende Menge der in der Klinik stationär behandelten 223 Krankheitsfälle kommt mit 142 Fällen auf Rechnung der Mittelohrerkrankungen, wovon nur 11 auf das Cholesteatom, d. h. mit Hinzurechnen der poliklinisch behandelten Kranken in 1,6% aller Fälle, in Übereinstimmung mit der Statistik Biehl's. Von diesen Mittelohreiterungen sind operativ behandelt worden 108, und zwar mit Antrumaufmeißelung 29, mit Radikaloperation 79 einschließlich der doppelseitigen Operationen. Die Antrumaufmeißelung hatte eine Sterblichkeit von 2 = 6,9%, und erzielte in 76% Heilung, während nach Radikaloperation 3 = 3,8% Kranke starben und etwa 70% geheilt wurden. Die Zahl der Heilerfolge entspricht nach beiden Operationen fast genau der im vorigen Jahre erreichten. Der eine der mit Aufmeißelung behandelten und gestorbenen Kranken war vordem anderwärts operativ behandelt, und hierbei war der Sinus sigmoideus verletzt worden; jetzt trat der Kranke mit den Zeichen der Sinusthrombose und beginnender Meningitis ein, der Sinus war mit einem gut organisirten Thrombus ausgefüllt und völlig verschlossen; der Tod erfolgte schon nach 2 Tagen, die Sektion stellte septischen Thrombenzerfall in sämmtlichen Hirnsinus fest mit Arachnitis purulenta universalis. Auffallend war als charakteristisch für die Sinusthrombose die hochgradige kollaterale Hyperämie der Kopf- und Gesichtshaut, welche schon während der Operation nachließ und später ganz verschwand, und die starke Blutung bei der Operation, Erscheinungen welche auch bei einem ähnlichen Falle beobachtet wurden; auch diese zweite Kranke starb nach Radikaloperation wegen Cholesteatom und Caries. Es wird hierbei mit Recht hervorgehoben, dass die Eröffnung des Sinus bei der Operation nicht von deren Durchführung abhalten darf, vielmehr gerade zur sofortigen Entfernung alles Eitrigen aus der nächsten Umgebung drängt.

Mehrmals konnte festgestellt werden, dass nach Mastoidoperationen komplicirende Nervenleiden: Epilepsie, Chorea, Hyterie, cerebrale Ataxie, gebessert wurden.

2 Fälle von Hirnabscess, einer im Schläfenlappen und einer im Kleinhirn, wurden mit günstigem Ausgang operativ behandelt.

Die mehrmals nöthigen Nachoperationen waren häufig recht schwierig und wurden meist bei anderweit Operirten nöthig. Aufmerksam wird auf die nicht selten als Folge einer Mittelohreiterung auftretende Schwellung und Eiterung von Halsdrüsen gemacht, welche sich oft nach Mastoidoperationen bald zurückbildeten, 2mal aber auch zu Exstirpation Veranlassung gaben. 2mal wurde accidentell der Steigbügel nebst Fußplatte bei Radikaloperationen mit entfernt, was zwar unerwünscht, aber nicht sogleich gefährlich ist. Bei der Nachbehandlung leistete Itrol gute Dienste als Desodorationsmittel, eben so aber auch das Einlegen steriler Gazestreifen, die mit Kampher bestrichen waren nach Trautmann. Weniger gerühmt wird Naphthalan und Orthoform, ersteres gegen Ekzem mehrfach von guter Wirkung.

Unter den 469 ambulant behandelten Kranken bietet einer ein besonderes Interesse, bei welchem nach Behandlung mit Neutuberkulin in dem Trommelfell nach einander 4 Tuberkelknötchen auftraten, die dann eitrig zerfielen, einer unter Durchlöcherung des Trommelfells; im Eiter wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen. Dies gelang aber nicht bei einem anderen Kranken, bei welchem sich, gleichfalls während einer Neutuberkulinkur, eine serös-exsudative Mittelohrentzündung entwickelte, übrigens ohne Auftreten von Tuberkelknoten auf dem Trommelfell.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

34) **J. Herzfeld** (Berlin). Zur Kasuistik der Sinusthrombosen nach Mittelohreiterung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 601.)

Verf. berichtet 2 von ihm beobachtete, operirte tödlich verlaufene Fälle in der Absicht, die Diagnose des Leidens zu fördern. In beiden Fällen bestand chronische Otorrhoe mit Antrumseiterung. Die Trepanation des Warzenfortsatzes nutzte nur wenig, vielmehr zeigte pyämisches Fieber mit Frösten, hoher Pulsfrequenz und leichtem Ikterus die Sinuserkrankung an. Es wurden dann in beiden Fällen noch Bloßlegungen des in Eiter schwimmenden Sinus vorgenommen, in Fall 1 ferner Unterbindung der Jugularis, Incision des Sinus mit Entleerung käsiger Massen, in Fall 2 Sinusincision mit Eiterentleerung. Klinisch ist von Interesse, dass in Fall 1 jeglicher Kopfschmerz mangelte, und dass in Fall 2 der Kopf nach der gesunden Seite geneigt gehalten wurde. In beiden Fällen wurde an dem Sinus bei der Operation Pulsation bemerkt. Verf. hält dieselbe für fortgeleitete Gehirnpulsation und glaubt, dass solche bei einem von Eiter umspülten und dabei entweder leeren oder thrombosirten Sinus leichter zu Stande kommen wird, als unter ganz normalen Verhältnissen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

35) **E. Schmiegelow.** Redegörelse for 96 operativt behandlede Tilfælde af kronisk Mellemöresuppuration. (Bidrag til den kron. Mellemöresuppurations kirurgiske Behandling.)

(Nord. med. Arkiv N. F. 1898. No. 17.)

Verf. giebt, gestützt auf 96 von ihm im Zeitraum von 1888 bis 1896 operirte Fälle, eine kurzgefasste Übersicht der chirurgischen Behandlung der chronischen Mittelohreiterung. Zwar verfügt er über mehr als 300 Fälle, die er in den öffentlichen Polikliniken Kopenhagens behandelt hat, um aber über die Resultate der Operation sicherer urtheilen zu können, beschränkt er sich in der Darstellung auf diejenigen seiner Privatpraxis.

Die Krankheitsdauer ist eine lange, oft über viele Jahre sich hinschleppend. In Verf. Kasuistik sind Fälle erwähnt, wo das Leiden bis an 50 Jahre gedauert hat. Über die Indikationen zu operativen Eingriffen gewinnt man ein Urtheil, wenn man wahrnimmt, welche Momente Verf. zur Radikaloperation bewegt haben. In 35 Fällen waren Symptome akuter Retention die Ursache der Operation; in 17 Fällen zeigte sich eine lange fortgesetzte konservative Behandlung erfolglos;

in 26 Fällen konnten die Pat., da sie anderswo wohnten, sich der langdauernden konservirenden Behandlung nicht unterwerfen; in 16 Fällen hatte entweder die Krankheit so lange gedauert, oder die Zerstörung im Felsenbein war eine so hochgradige, dass die Operation sofort gemacht werden musste; schließlich handelte es sich in 2 Fällen um bösartige Geschwülste.

In Bezug auf die operativen Eingriffe vertheilten sich die Fälle folgendermaßen. Trepanation des Warzenfortsatzes wurde in 20 Fällen gemacht. Dieser Eingriff gab 55% Heilung. In 13 Fällen wurde der Kuppelraum aufgemeißelt: 7 Heilungen. In 63 Fällen wurde das ganze Mittelohr, Cavitas tympani, Antrum mastoideum und die Cellulae mastoideae freigelegt. Heilung erfolgte in 70% der Fälle.

In 3 Fällen trat der Tod ein (Miliartuberkulose, eitrige Meningitis, tuberkulöse Meningitis). In 1 Falle wurde der Sinus unabsichtlich geöffnet; in 4 Fällen war die Operation von einer traumatischen Facialislähmung gefolgt.

Verf. giebt zunächst eine geschichtliche Übersicht der Entwicklung der operativen Maßnahmen und beschreibt dann ausführlich die technischen Einzelheiten der Schwartze'schen, Zaufal'schen und Stache'schen Operationsverfahren.

Auf die Nachbehandlung kann nicht genug Gewicht gelegt werden. Wollen die Pat. sich nicht einer mehrere Monate lang dauernden Nachbehandlung unterwerfen, ist auf die Operation zu verzichten.

Die Arbeit ist von einer tabellarischen Zusammenstellung der Fälle gefolgt.

Hansson (Cimbrishamn).

36) **C. Lenhardt.** Infection du sinus frontal par la sinusite maxillaire.

(Revue de laryngol. 1898. No. 41.)

Während es nichts Ungewöhnliches ist, dass durch eine Eiterung der Stirnhöhle auch die Kieferhöhle inficirt wird, ist der umgekehrte Ausbreitungsweg der Eiterung anscheinend selten. Verf. theilt 2 solche Fälle mit, in welchen erst längere Zeit nach Feststellung und operativer Behandlung der Kieferhöhleneiterung im Verlauf fortgesetzter Durchspülung der Kieferhöhle auch die Stirnhöhle inficirt wurde. In dem einen Falle war sogar der Ausgang durch Übergreifen auf die Schädelhöhle trotz operativen, allerdings nicht ausreichend energischen Einschreitens tödlich.

Teichmann (Berlin).

37) **Meyjes und W. Posth.** Mittheilung eines Falles vermuthlicher Pneumatocele des Sinus frontalis.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1898. No. 10.)

Ein 18jähriger skrofulöser und auch der kongenitalen Lues nicht ganz unverdächtiger Pat., welcher seit Jahren an eitriger Absonderung der rechten Nasenhälfte litt, bot außer einer großen Perforation der knöchernen Nasenscheidewand die Erscheinungen einer chronischen Siebbeineiterung dar, welche auch einer örtlichen Behandlung wich. Nach einigen Monaten aber bekam er Kopfschmerzen und Druck über dem rechten Auge; es zeigte sich eine messbare Vorwölbung der druckempfindlichen rechten Augenbrauengegend, welche im Verlauf der nächsten Wochen noch zunahm. Die Untersuchung der Nase gab keine Erklärung dafür, bei Durchleuchtung erschien der Sinus frontalis völlig klar, wie stets zuvor. Auf kleine Dosen Jodkali ging der Kopfschmerz stark zurück; da aber die Schwellung gleichwohl noch zunahm, wurde eine Probeeröffnung der Stirnhöhle vorgenommen. Hierbei zeigte sich die vordere knöcherne Stirnhöhlenwand papierdünn, die Schleimhaut und das Innere der Höhle völlig normal. Eine Verbindung derselben mit der Nasenhöhle war nicht zu sondiren. Die vorgewölbte Knochenpartie wurde abgetragen. Die Wundheilung verlief ungestört. Nach einigen Tagen wölbte sich beim Ausschnauben der Nase die Haut über dem rechten Auge vor, so dass die Kommunikation zwischen Nasen- und Stirnhöhle jetzt als frei anzunehmen war. Verf. schließt aus diesem Krankheitsverlauf, dass eine Abschließung des Ductus frontalis vorgelegen und eine daraus entstandene hochgradige Druckerhöhung

(? Ref.) im Sinus zur Vorwölbung des unzweifelhaft kranken Knochens geführt habe. **Teichmann** (Berlin).

38) **A. Frémont.** Pneumosinus maxillaire d'origine kystique.
(Revue de laryngol. 1898. No. 45.)

Es handelte sich um eine Zahnwurzelcyste, welche die vordere Wand der Kieferhöhle usurirt und perforirt hatte, so dass bei starkem Schneuzen eine Luftgeschwulst unter der Wange entstand. Nach Entfernung der kranken Zahnwurzeln und Eröffnung der Kieferhöhle vom Alveolarrand aus wurden die Perforationsränder an der Vorderwand angefrischt, die Cyste vereiterte, und in kurzer Zeit trat völlige Heilung ein. **Teichmann** (Berlin).

39) **Röpke.** Die Radikaloperation bei chronischen Verschleimungen und Eiterungen der oberen Nasennebenhöhlen.
(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 2.)

Gegen die Kuhnt'sche Operationsweise der Stirnhöhleneiterungen wird der Einwand erhoben, dass sie es nicht gestattet, die etwa gleichzeitig erkrankten Siebbeinzellen anzugreifen. Bei den 12 Pat. des Verf. bestand nun 11mal Siebbeineiterung neben Stirnhöhlenerkrankung; da er auf die Vortheile der Kuhnt'schen Methode aber nicht verzichten wollte, trug er zunächst nach dieser die vordere Stirnhöhlenwand ab und entfernte die kranke Schleimhaut aufs sorgfältigste, dann aber bahnte er sich vom Stirnhöhlenboden aus einen breiten Weg zu den Siebbeinzellen und räumte diese, so weit sie sich erkrankt zeigten, aus. Bei doppelseitigen Erkrankungen wurde auch die stark vorspringende Pars nasalis des Stirnbeins zu diesem Zweck und zur exakten Vernähung der Haut-Periostlappen mit der unteren horizontalen Schnittfläche entfernt. Mit dem kosmetischen Resultat war Verf. besonders in doppelseitigen Fällen sehr zufrieden. Von den 12 operirten Fällen heilten 7 primär, bei zweien von diesen wurde versuchsweise die ganze Wunde genäht, ohne dass eine Störung des Heilungsverlaufs auftrat. Geheilt wurden 11 Fälle, doch ist über die Dauer der Heilung noch kein abschließendes Urtheil möglich. **Teichmann** (Berlin).

40) **E. Baumgarten.** Knöcherner Verschluss der Choane.
(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1898. No. 9.)

Der anscheinend angeborene knöcherne Verschluss der Choane war einseitig und zeichnete sich dadurch aus, dass außer der Undurchgängigkeit der betreffenden Nasenhöhle für die Athmungsluft keine anderen Störungen (Sprache, Gesichts- und Gaumenbildung) vorhanden waren. Die operative Entfernung erfolgte mit dem Meißel ohne große Schwierigkeit. Zum Unterschiede führt Verf. den Symptomenkomplex an, welchen ein 14jähriger Knabe mit beiderseitigem, aber nur partiellem knöchernem Choanenverschluss darbot, und welcher genau demjenigen der adenoiden Wucherungen des Nasen-Rachenraums entsprach. **Teichmann** (Berlin).

41) **M. Thorner.** Ein Fall von Adenocarcinom der Nase.
(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 2.)

Bei dem 47jährigen Pat. zog sich der Verlauf des Leidens etwa über zwei Jahre hin. Radikaloperation wurde zum geeigneten Zeitpunkt verweigert. Die intranasal exstirpirten Geschwulstmassen, denen nach wenigen Tagen stets eben so reichliche Massen nachgewuchert waren, erwiesen sich lange Zeit mikroskopisch nur als Adenom; erst wenige Monate vor dem Tode wurden deutliche Zeichen einer carcinomatösen Degeneration gefunden. **Teichmann** (Berlin).

Berichtigung. P. 186 Zeile 3 und 2 v. u. lies statt »distal abgeschnitten und central herausgerissen« »distal abgerissen und central möglichst hoch abgeschnitten«.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. **Sonnabend, den 11. März.** **1899.**

August Socin †.

Ein neues Gebäude für operative Thätigkeit, das den weitgehendsten Anforderungen entspricht, welche die Jetztzeit an solche Räume legt, steht in Basel fast zum Bezug fertig; Der aber, der es seit Jahren erstrebte, der dem Ganzen den Stempel seiner markanten Persönlichkeit aufgedrückt hat, sollte es nicht mehr beziehen. Eine tückische Typhuserkrankung hat in wenig Tagen mitten aus voller Thätigkeit den vom Alter fast unberührten Meister weggerafft.

August Socin hat seine Carrière auffallend rasch durchlaufen: Schon im Jahre 1857, an seinem 20. Geburtstag, promovirte er in Würzburg. Bei seinen Studien in Würzburg, Wien, Prag und Paris war für seine spätere Laufbahn von Einfluß vielleicht Pirogoff, der den Chirurgen, der ihm schon im Blute lag, weckte. Dank seiner glänzenden Eigenschaften hatte er nach kurzer Assistentenzeit in Basel, wo er schon eine große Selbständigkeit zeigte, kaum 25jährig die Spitze der akademischen Stufenleiter als Professor und Direktor der chirurgischen Klinik in Basel erklommen. Zu dieser Zeit waren die Augenleiden, Geburtshilfe und Gynäkologie der chirurgischen

Klinik noch beigesellt, so dass Socin ein reiches Feld für seine Thätigkeit fand.

Seiner Vaterstadt blieb er bis zu seinem Tode getreu, und mehrmalige verlockende Berufungen (Bern, Freiburg, Würzburg) hat er abgelehnt, weil er glaubte, dass seine Aufgaben in Basel wichtigere und ersprießlichere seien.

Wer Socin kannte — und wer kannte ihn nicht? — musste sich wundern, warum er schriftstellerisch im Ganzen so wenig hervortrat; denn er besaß Alles, was dazu gehörte. Er hatte aber eine gewisse Scheu vor dem gedruckten Wort, weil ihm eine skrupulöse Peinlichkeit für die Druckarbeiten eigen war, nicht nur was die Sache, sondern auch was die Form betraf; er hasste alles Halbe und Unfertige. Von hervorragenden größeren Arbeiten sind in erster Linie die »kriegschirurgischen Erfahrungen« zu nennen, ein Werk, das in medicinischer Beziehung wohl zum Besten gehört, was anlässlich des Krieges 1870/71, wo Socin in Karlsruhe sein Wissen und Können den Verwundeten zur Verfügung stellte, geschrieben worden ist. Was das Werk über die Zeit hinaus zu einem werthvollen macht, ist außer der Klarheit, die in pathologischen Fragen oft prophetisch wird, die Gewissenhaftigkeit und Objektivität, mit welcher die gesammelten Beobachtungen wiedergegeben und verwerthet werden, und alles verbunden durch eine anziehende Schreibweise, welche trotz des theilweise an sich recht trockenen Arbeitsstoffes das Durchlesen des Buches zu einem Genuss macht.

Die »Erkrankungen der Prostata« erschienen 1875 als Lieferung des Pit'ha-Billroth'schen Handbuchs; sie sollten jetzt — längst erwartet — mit vollständiger Umarbeitung und Erweiterung als würdiges Glied der »Deutschen Chirurgie« herausgegeben werden; schon waren die ersten Bogen gedruckt, als der Tod dem Rastlosen die Feder aus der Hand wand.

Ein Denkmal für seinen Charakter und seine Denkweise bilden die »Jahresberichte der chirurgischen Abtheilung in Basel«, die Socin im Anschluss an die ähnlichen Billroth'schen Berichte und wohl nach gemeinsamer Aussprache mit seinem Freund Billroth

aus demselben innern Bedürfnis nach Klarheit und Wahrheit seit 1870 fortlaufend erscheinen ließ: eine Beleuchtung über Material und Thätigkeit eines Spitals bis in den hintersten Winkel, an der Hand sorgfältig geführter Krankengeschichten ohne jeden Kommentar.

Was seinen Namen aber besonders bekannt machte, war nicht seine schriftstellerische Thätigkeit noch seine operativen Erfolge oder sein hervorragendes chirurgisches Können, wo sich Sicherheit und Eleganz paarten, noch auch seine Wirksamkeit als Lehrer, die Dank dem Ernst, mit dem er die Verantwortlichkeit dieser Stellung auffasste und Dank seinem oratorischen Talent von seinen zahlreichen Schülern gebührend geschätzt wurde — es war die Macht und der Zauber seiner Persönlichkeit, eine Macht, der sich Keiner entziehen konnte. Groß angelegt in seiner Denkweise, mit tiefem sittlichem Ernst, der sich in seinem Pflichtgefühl, in seinem steten Ringen nach Wahrheit und Klarheit offenbarte; peinlich für sein Äußeres und für Alles, was er that, ohne je geziert oder kleinlich zu sein; ausgestattet mit einem klaren Verstand, der ihm in allen Situationen stets den richtigen Weg wies und in Verbindung mit seinem feinen Taktgefühl das richtige Wort auf die Zunge legte; von großer Herzensgüte, ein Mann, der viele Freunde aber keinen Feind hatte, mit einem unendlichen Vorrath von Geist, Humor und Jugendlichkeit begabt, so hat Socin sein Bild in den Herzen seiner Freunde und Kollegen zurückgelassen, das Bild einer Individualität, die nicht durch Rang, Titel und Ehren geschaffen wurde!

C. S. Haegler.

Zur Technik der operativen Behandlung der Darminvagination.

Von

Dr. Hipolit Oderfeld,

Ordinator der III. chirurg. Abtheilung am israelitischen Hospital zu Warschau.

Die operative Behandlung der Darminvagination hat, Dank der Arbeiten von Rydygier, Braun u. A., in den letzten Zeiten einen hohen Rang eingenommen. Die Resektion des ganzen invaginirten Darmabschnitts, nach Art eines Tumors, gilt heut zu Tage als die beste Methode; in der That sind auch ihre Erfolge als die besten zu verzeichnen. Enterostomie und Enteroanastomose dagegen haben bei diesem Leiden einen so geringen Heilerfolg, dass sie kaum in Betracht gezogen werden können. Und doch sind der Resektion gewisse Grenzen gezogen. Sie ist z. B. ganz unausführbar in den Fällen, wo das Invaginatum bis ins kleine Becken heruntersteigt und dort durch den ins Rectum eingeführten Finger gefühlt werden kann. Solche vernachlässigte Fälle kommen in den Hospitälern und Kliniken Mitteleuropas wahrscheinlich selten vor; in den uns benachbarten Provinzen dagegen sind sie keine seltene Erscheinung. Ich selbst hatte Gelegenheit, kurz nach einander 3 solche Fälle zu operiren, und ähnliche wurden in Königsberger, Breslauer, Krakauer und Lemberger Kliniken beobachtet. Bei diesen Fällen kann allein die Resektion des Invaginatum resp. die Barker-Rydygier'sche Methode als rationell angesehen werden.

Diese Methode besteht bekanntlich darin, dass das Invaginatum durch einen Schlitz im Invaginans quer abgeschnitten und durch den After nachträglich herausgezogen wird.

Über diese sinnreiche Methode habe ich in der Litteratur nur theoretische, aprioristische und zwar ungünstig lautende kritische Bemerkungen vorgefunden; da indess mit dieser Operation alle unsere Interventionsmittel bei derartigen Fällen bis heut zu Tage ausgefüllt werden, meine Erfahrung aber in 3 Fällen mich in der That mit gewissen Schattenseiten der Methode bekannt gemacht hat, so erlaube ich mir in Kürze auf dieselben die Aufmerksamkeit zu lenken.

1) Der 1. Akt dieser Operation besteht bekanntlich in cirkulärer Umnähung des Halses der Invagination resp. des Invaginatum mit dem Invaginans in der Einstülpungsfalte. Es scheint, als ob dabei Schwierigkeiten nicht vorkämen; und doch sind solche in Wirklichkeit vorhanden. Erstens ist der Darm kein Rohr, das man ringsherum umnähen könnte; denn das am Darm hängende Mesenterium wird doch auch mitinvaginirt; und eben diese Stelle bildet die Achillesferse der Naht. In einem meiner Fälle, deren Krankengeschichten nächstens in einem Specialblatt veröffentlicht werden, gelangte der durch den Längsschnitt in das Invaginans eingeführte Finger (um sich von der Durchgängigkeit des zuführenden Darmes zu überzeugen) in die Peritonealhöhle, statt in das Darmlumen. Nur durch Umänderung des Operationsverfahrens wurde die Kranke gerettet. In den nächsten Fällen hatte ich, trotz der sehr gewissenhaft ausgeführten Umnähung, immer das Gefühl, als ob an der Stelle des mitinvaginirten Mesenteriums nicht Alles in Ordnung sei. Zweitens ist die sorgfältige Ausführung der Naht außerordentlich erschwert durch das Einziehen der invaginirten Därme bis zur Radix mesenterii (in Folge dessen Mitinvagination) so, dass das Nähen in situ tief in der Bauchhöhle stattfinden muss. In allen meinen Fällen fand das statt.

2) Der 2. Akt der Barker-Rydygier'schen Methode besteht in der Ausführung eines longitudinalen Schnitts von 8—10 cm Länge in der Umscheidung. Durch den so gebildeten Schlitz soll nun der eingescheidete Darm quer durchgeschnitten, das Mesenterium en masse unterbunden, sollen die Wände des Amputationsstumpfes des Invaginatum mit einander vernäht werden. Dieser Theil der Operation lässt viel zu wünschen übrig. Erstens widerstreitet er vollkommen den principiellen Erfordernissen der modernen Bauchchirurgie: Durch die im Darmlumen, wo in Folge des angestauten Kothes Myriaden von virulenten Bakterien vorhanden sind, vorgenommenen Manipulationen werden die Hände und Instrumente sicherlich inficirt, denn wir arbeiten wirklich intra faeces. Obgleich durch Waschen der Hände mit antiseptischen Lösungen während der Operation die Infektionsgefahr theilweise herabgesetzt werden kann, so ist sie dennoch in hohem Maße vorhanden und darf bei der Beurtheilung der Me-

thode nicht aus dem Auge gelassen werden: sie ist als ihr größter Mangel zu betrachten.

Die Unterbindung des Mesenteriums soll im Inneren des Darmes, also in einem septischen Milieu, vorgenommen werden, wobei man der Sicherheit entbehrt, welche bei äußerlicher Unterbindung desselben geboten ist.

Das Beste dieser Methode ist wohl das Zurücklassen des abgeschnittenen Invaginatum im Lumen des Invaginans. Früher wurde dasselbe durch die im letzteren gemachte Öffnung herausgeholt, meist natürlich in septischem Zustand, wobei man selbstverständlich große Gefahr lief, das Peritoneum zu inficiren.

Das Zurücklassen im invaginirten Darm mit nachträglichem Herausholen durch den After bietet einen großen Fortschritt. Diese Idee wurde im Jahre 1890 von meinem unvergesslichen, leider viel zu früh verstorbenen Lehrer, Dr. Matlakowski, ausgesprochen, als Rathschlag an einen jüngeren Kollegen (Dr. Leszczynski) bei einer Invaginationsoperation. Dieser Idee bemächtigte sich Leszczynski und entwickelte sie in seiner Operationsmethode, welche jetzt den Namen der Barker-Rydygier'schen führt[1].

Der letzte Akt der besprochenen Operation — die Verschließung des Längsschnitts bietet keinerlei Schwierigkeiten.

Nach dem eben Gesagten kann der Barker-Rydygier'schen Operationsmethode kein so hoher Werth beigelegt werden, wie es Rydygier will.

Es sei mir daher gestattet, den Fachkollegen ein operatives Verfahren darzulegen, von dem ich in der Litteratur keine Erwähnung gefunden habe. Es mag wohl seiner Einfachheit wegen hier und da gelegentlich ausgeführt worden sein; die Idee zu ihm verdanke ich ebenfalls meinem Lehrer, weiland Dr. Matlakowski. In dem citirten Falle rieth er, den ganzen Invaginationstumor in toto quer zu durchschneiden. Durch diesen Fingerzeig verfiel ich auf das neue Operationsverfahren. Ich glaube desshalb auch die volle Berechtigung zu haben, die Methode mit seinem Namen zu benennen.

Sie ist indicirt in allen Fällen von Intussusception, bei denen bis jetzt die Barker-Rydygier'sche Methode als Operation der Wahl angesehen wurde, also in jenen Fällen, wo die Resektion in Folge der tief in das kleine Becken heruntergestiegenen Invagination nicht ausführbar ist.

Die Methode besteht in der Resektion des Halses der Invagination. Die beigefügten schematischen Zeichnungen werden am besten Sinn und Gang der Operation illustriren.

Wir beginnen die Operation mit der Anlegung starker Darmklemmen (Kocher, Doyen) in der Weise, wie wir es bei der Kocher'schen Pylorusresektion zu thun pflegen: nämlich eine Klemme auf den zuführenden Darm (Linie *aa*); die zweite auf den

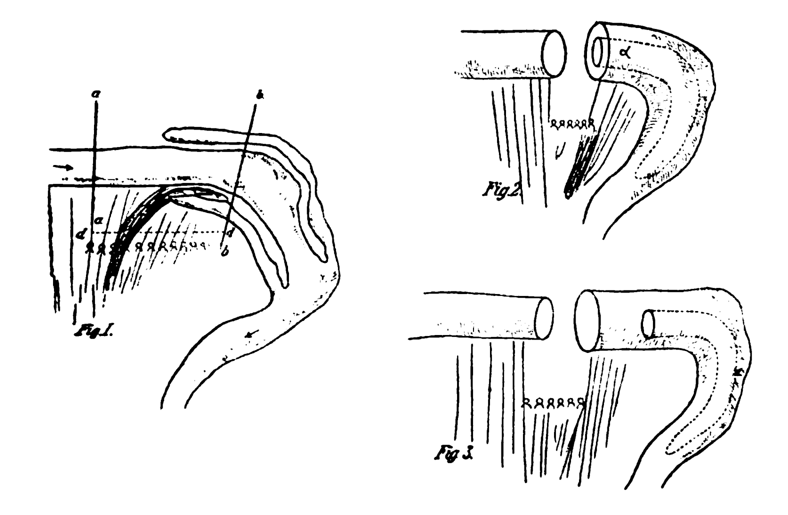
---

[1] S. Rydygier's Mittheilung auf dem Chirurgenkongress zu Berlin 1896.

abführenden Darm resp. auf das Invaginans und Invaginatum einige Centimeter von der Einstülpungsstelle entfernt (*b b*).

Nun umstechen wir mit einer Aneurysmanadel das in Folge des Mit-invaginirt-Seins in einen dicken Strang zusammengerollte Mesenterium und unterbinden es fest mit einem starken Faden. Eben so müssen wir Schritt für Schritt das zwischen (resp. unterhalb) der Klemmen liegende Mesenterium unterbinden. Nachdem das geschehen, trennen wir das Mesenterium oberhalb der Ligatur (Linie *d d*). Jetzt reseciren wir das ganze Darmstück zwischen den beiden Klemmen und entfernen es. Wir bekommen schematisch genommen die Fig. 2.

Der 2. Akt der Operation besteht in der Entfernung der Klemme vom abgeschnittenen Theil des Invaginatums (Fig. 2 α): Ein Assistent fixirt den Darm, dann öffnen wir vorsichtig die angelegte Klemme;



das Invaginatum zieht sich sofort tiefer in das Darmlumen zurück und verschwindet aus dem Operationsfeld. Es ist erstaunlich, wie leicht und schnell das vor sich geht. Sollte das einmal nicht der Fall sein, so kann man das Invaginatum durch eine zarte Massage tiefer in den Darm herunterschieben. Wir überlassen dasselbe unbekümmert seinem Schicksal.

Wir haben nun 2 Darmenden (Fig. 3), und es bleibt uns nur noch übrig, sie mit einander zu vereinigen. Das können wir durch eine cirkuläre Naht vollbringen, oder nachdem wir eine Occlusionsnaht (am besten nach Kocher) am abführenden Darm angelegt haben. Danach seitliche Implantirung des zuführenden in ihn (Enteroanastomosis). Damit ist die Operation zu Ende geführt.

Wir schließen nun die Bauchhöhle und können eventuell, falls wir mit den Fingern das Ende des zurückgebliebenen Darmes fühlen, ihn durch den Anus herausziehen.

Diese Methode habe ich mit Erfolg einmal angewendet. Sie wurde auch experimentell an Hunden im Laboratorium der Kocher'schen Klinik in Bern unter Mithilfe von Doc. Dr. Otto Lanz erprobt. Sie lässt sich schnell und absolut aseptisch ausführen. Alle auf diese Weise operirten Hunde sind am Leben geblieben, nur einer ging zu Grunde in Folge einer nicht mit der Operationsmethode in Zusammenhang stehenden Ursache. Die Operation entspricht allen Anforderungen der modernen Darmchirurgie, und ich hoffe, dass sie in entsprechenden Fällen zum Wohl der Leidenden Anwendung finden wird.

Ich erlaube mir, an dieser Stelle dem hochgeehrten Herrn Prof. Kocher für die Erlaubnis, in seinem Laboratorium die Experimente auszuführen, meinen tiefsten Dank auszusprechen.

Eben so danke ich dem Doc. Dr. Lanz in Bern für seine gütige, sachkundige Unterstützung.

Warschau, 15. Januar 1899.

---

1) **G. Heimann.** Die Verbreitung der Krebserkrankung, die Häufigkeit ihres Vorkommens an den einzelnen Körpertheilen und ihrer chirurgischen Behandlung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVII. Hft. 4 u. Bd. LVIII. Hft. 1.)

Der sehr interessanten und lehrreichen Arbeit liegt das Zählkartenmaterial des Kgl. Preußischen Statistischen Bureaus für die Jahre 1895 und 1896 zu Grunde. Aus den sorgsam zusammengestellten Einzelheiten sei nur Folgendes erwähnt. Die Zahl der Carcinomerkrankten hat sich danach seit dem Jahr 1877 in stetiger Zunahme von 2952 auf 12548 im Jahre 1896 gesteigert. Auch im Verhältnis zu anderen Krankheiten ist eine Steigerung der Häufigkeit der Krebsleiden zu konstatiren. An der Zunahme in dieser Krankenhäuserstatistik mag der Umstand mit Schuld sein, dass jetzt öfters chirurgische Behandlung nachgesucht wird bei Leiden, die früher als inoperabel galten. — Von den Geschlechtern ist das weibliche an der Erkrankung an Carcinom wesentlich höher betheiligt als das männliche durch die Häufigkeit des Krebses der Genitalorgane. Namentlich im Alter von 30—50 Jahren überwiegen die Frauen. Nicht so selten wie man annehmen sollte ist der Krebs in jüngeren Jahren. So standen im Alter von 25—30 Jahren 336 Carcinomkranke. Die Mortalitätsstatistik, die aus den betreffenden Berichten entnommen ist, erscheint Verf. nicht einwandsfrei, weil viele Pat. erst zu Hause später ihrem Leiden erliegen. — Die Reihenfolge der betroffenen Organe ist folgende: Gebärmutter, Magen, Brustdrüsen, Mastdarm, Speiseröhre, Haut, Leber, Lippen, Lymphdrüsen. Bei Männern ist der Verdauungskanal am häufigsten ergriffen, speciell der Magen. In jungen Jahren bis zu 30 ist das Leiden namentlich häufig am Magen, den weiblichen Geschlechtstheilen, dem Gesicht, den Extremitäten und dem Mastdarm zu finden.

Im Jahre 1895 wurden an Krebskranken ca. 3800, 1896 ungefähr 4000 größere Operationen vorgenommen, d. i. an etwa 38 % aller Carcinomkranken. Die Mortalität dieser Operirten beträgt wieder 17,4 %, und zwar starben doppelt so viel Männer wie Frauen nach dem Eingriff.

An Magencarcinom erkrankten im Ganzen im Jahre 1895 gegen 2120 Pat., das sind 20 % aller Krebsleidenden. Das Verhältnis der hierbei betheiligten Männer zu den Frauen ist wie 32 : 13. Bei 307 resp. 343 Fällen wurde operirt. In der Hälfte dieser Fälle wurde die Gastroenterostomie ausgeführt, in 22 Fällen fand eine Magenresektion statt.

Bei den an Darmkrebs Erkrankten ist die Sterblichkeit am niedrigsten beim Mastdarmkrebs, was vielleicht den günstigen Erfolgen der Operation bei diesem Leiden zuzuschreiben ist. Wichtige Einzelheiten sind namentlich auch bei dem Abschnitt über das Carcinom der weiblichen Geschlechtstheile in der Arbeit zu finden.

Bei Operationen wegen Brustkrebs wurde nur in 10 % eine Ausräumung der Achselhöhle vorgenommen. Man sollte einen höheren Procentsatz erwarten.

Die genannten Einzelheiten können natürlich auch nicht im entferntesten die ungeheure Zahl interessanter Details erschöpfen, welche in der Arbeit enthalten sind. Es sei nur darauf hingewiesen, dass man eine Fülle wichtiger Daten in derselben findet, welche bei der im steten Wachsthum begriffenen Krankheit weiteren Ärztekreisen wissenswerth erscheinen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

2) **Rinne.** Chirurgisch-akiurgische Therapie. (Einzel-Abtheilung aus dem Lehrbuche der allgem. Therapie und der therapeutischen Methodik, herausg. von Eulenburg und Samuel.)

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1898. 454 S. mit 289 Fig.

In 13 ausgewählten Kapiteln bespricht Verf.: Antisepsis und Asepsis, Blutstillung, Esmarch's Blutleere und Blutsparung, Drainage der Wunden und Heilung unter dem feuchten Blutschorf, Transfusion und Infusion, Sehnen-, Muskel- und Nervennaht, Neurolyse, plastischen Ersatz von Gewebsdefekten, Transplantation, die Behandlung der Knochenbrüche und die Gelenkkrankheiten, Entleerung von Ex- und Transsudaten, Behandlung der Unterleibsbrüche, Katheterismus, Blasen- und Harnröhrenleiden, allgemeine Narkose und Lokalanästhesie.

Wenngleich das kleine Werk auf chirurgisch-therapeutischem Gebiet nichts Neues bringt, so erreicht es den Zweck, welchen es nach den einleitenden Worten des Verf. erfüllen soll, vollkommen. Es bildet einen Leitfaden, ein Nachschlagebuch für den praktischen Arzt bei seiner täglichen Berufsarbeit, es soll und wird ihn über den momentanen Stand der chirurgischen Therapie orientiren und ihn

unterrichten, was sich aus der großen Masse der operativen Vorschläge und therapeutischen Empfehlungen als brauchbar erwiesen hat. Die Ausstattung des Buches von Seiten der Verlagsbuchhandlung lässt nichts zu wünschen übrig, der Druck ist korrekt und gut leserlich, die in den Text gedruckten, das Verständnis und die leichte Orientirung fördernden Abbildungen erscheinen gut ausgeführt, so dass das Werkchen einem großen Leserkreise auf das wärmste empfohlen werden kann.

Gold (Bielitz).

3) **Eichel.** Über intraperitoneale Kochsalztransfusion.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 1.)

Verf. bespricht den Werth und die Methode der bisher geübten Kochsalztransfusionen in die Bauchhöhle. Er sieht als einen Mangel derselben an, dass sie nur 1mal, bei der Operation selbst, angewendet werden kann, und strebte danach, dauernd eine Flüssigkeitszufuhr in die Bauchhöhle zu leiten, um auch den angeblichen zweiten Übelstand, die plötzliche Drucksteigerung in der Leibeshöhle, zu vermeiden.

Das Verfahren besteht nun darin, dass durch einen in den unteren Wundwinkel des Bauchschnitts eingeführten Nélatonkatheter von einer mit Kochsalzlösung gefüllten Flasche her dauernd für das Zuströmen der Flüssigkeit gesorgt wird. Man kann mittels Klemmvorrichtung die Quantität der zuströmenden Flüssigkeitsmenge reguliren.

E. hat Thierversuche vorgenommen und bei denselben konstatiren können, dass der Apparat gut funktionirt, und die Flüssigkeit aus der Wunde nicht wieder abfließt. Selbst bei gleichzeitigem Einführen eines Tampons bei einem Verletzten ward die zugeführte Flüssigkeit nicht wieder herausdrainirt, was man sich theoretisch eigentlich schwer denken kann. Indessen scheint gerade die Beobachtung des Verf. in dieser Hinsicht eine günstige zu sein. Bezüglich einiger an der Oberfläche liegenden Bedenken Betreffs dauernder Sterilität der Kochsalzlösung und des eingeführten Katheters wie der Infektionsgefahr für das Bauchfell treten die diesbezüglichen Untersuchungen des Verf. in einem für die Methode günstigen Sinn ein.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

4) **Burghart** (Berlin). Über Chromerkrankungen.

(Charité-Annalen Jahrg. XXIII. Hft. 4.)

Die Chromverbindungen veranlassen durch den bei ihrer vielfachen gewerblichen Verwendung entstehenden Staub heftige Krankheitserscheinungen, indem sie entweder in die Haut durch kleine Verletzungen eindringen oder in die Athmungswege hineingelangen. Auf der Haut entstehen Geschwüre, welche zwar nur geringe Ausdehnung, 5—10 mm, zu haben pflegen, aber geringe Heilungstendenz zeigen und stark in die Tiefe, bis auf den Knochen oder in Gelenke zu dringen streben. Anfänglich sind diese Geschwüre meist rund,

glattrandig, wie mit dem Locheisen geschlagen, mit nekrotischen Fetzen bedeckt, später werden die Ränder unterminirt. Natürlich haben diese Geschwüre meist ihren Sitz an den Händen, aber auch an den Füßen, im Gesicht, im äußeren Gehörgang, an der Glans etc. Seltener entwickeln sich hartnäckige Ekzeme an den unbedeckten Körpertheilen, auch Conjunctivitis kommt vor.

Durch Einathmung des Staubes, durch unmittelbaren Transport mit dem Finger, oder endlich durch Vermittelung der Finger gelangen Chromtheilchen in den Mund, Rachen, Kehlkopf und Bronchien, zumal aber in die Nase, überall Entzündung und Geschwürsbildung hervorbringend. In der Schleimhaut der Athmungswege entstehen so hartnäckige Katarrhe, welche nicht selten auch asthmatische Anfälle erzeugen. Am wichtigsten ist die Einwirkung des Chroms auf die Nase. In dieser trifft sowohl der einbohrende Finger als auch die mit Chromtheilen vermengte Luft auf die knorpelige Nasenscheidewand in Höhe der unteren und mittleren Muschel, und hier entsteht zunächst leichte Anätzung der Schleimhaut als weißgrauer Belag, dann Erosion und ein tieferes Geschwür mit Neigung in die Tiefe zu dringen und die Nasenscheidewand zu durchbohren. Anfangs ist es rund, breitet sich nach der Durchbohrung aus und kommt nicht eher zum Stillstand, als bis der gesammte knorpelige Theil der Nasenscheidewand zerstört, die Knochenhaut der angrenzenden Knochen zerfressen und deren Ränder freigelegt und zernagt sind. Eigenthümlich ist, dass ein kleiner Knorpelstreifen am Nasenrücken und Naseneingang stehen und so die Form der Nase stets erhalten bleibt. Zuweilen bilden sich auch die Geschwüre an anderen Stellen der Nase, zumal an den Muscheln, stets aber sind sie an sich schmerzlos; der begleitende Kopfschmerz ist wohl Folge des immer auftretenden Katarrhs, welcher auch überhaupt die hauptsächlichsten Beschwerden verursacht. Seltener ist Nasenbluten. Den Grund für die Geschwürsbildung an dem geschilderten Wahlort sucht Verf. in der Armuth der dortigen Schleimhaut an Drüsen, so dass nur wenig Schleim zum Fortspülen des Chromstaubes vorhanden ist. In Folge der Durchbohrung der Nasenscheidewand dringt kalte staubhaltige Luft in die tieferen Luftwege ein und bewirkt dort Katarrhe, Neigung zu Tuberkulose etc. Auch kann sich die Entzündung nach dem Mittelohr hin ausdehnen.

Endlich kann durch Verschlucken vom Magen aus, so wie auch durch Resorption von den geschilderten Geschwüren allgemeine chronische Vergiftung bei den Arbeitern entstehen.

Die Vorbeugungsmaßregeln gegen diese Einwirkung des Chromstaubes in den betreffenden Fabriken haben sich in erster Linie gegen seine Entwicklung und Verbreitung in der Luft zu richten, also Transport in geschlossenen Karren etc. Die Arbeiter müssen ferner zu äußerster Sauberkeit angehalten werden, besondere Anzüge in den Arbeitsräumen tragen, Schutzbrillen und Respiratoren u. dgl.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

5) **S. Giovannini.** Zur Histologie der Jodakne.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLV. Hft. 1.)

Die außerordentlich eingehenden, an 32 in den verschiedenen Stadien der Entwicklung excidirten Efflorescenzen der Jodakne angestellten Untersuchungen des Verf. haben im Gegensatz zu den Resultaten der bisherigen Bearbeiter dieses Gegenstandes zu der Anschauung geführt, dass die Jodakne (»in ihren kleineren Formen« — denn nur solche wurden untersucht) »eine akute, eitrige oberflächliche Folliculitis und Perifolliculitis« darstellt; die Talgdrüsen selbst erkranken nur sekundär. Der Process scheint mit Vorliebe solche Haarbälge zu betreffen, welche schon atrophisch verändert sind.

Der sich durch die Jodakne erweiternde Haarbalgtrichter kann seine normale Form bewahren oder er bildet den »Horncysten« der Comedonen ähnliche, mit Talg, Hornzellen und Haarschäften gefüllte Hohlräume. Die Talgdrüsen selbst gehen atrophische Veränderungen ein, die Bildung von Talgzellen hört auf, die sich verkleinernden Talgdrüsenhöhlen werden von gewöhnlicher Epidermis ausgekleidet.

Diesen wesentlichsten, den »Schlusssätzen« der Arbeit entnommenen Resultaten ist noch zuzufügen, dass Verf. bei solchen Efflorescenzen, welche schon in der Rückbildung begriffen waren, sehr häufig (bei 11 von 17 Präparaten) Riesenzellen in verschiedenen Graden der Ausbildung gefunden hat. **Jadassohn** (Bern).

---

6) **J. Langer.** Der Aculeatenstich.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 431. Festschrift für F. J. Pick.)

Verf., welcher eine sehr werthvolle Untersuchung »über das Gift unserer Honigbiene« veröffentlicht hat, berichtet in der vorliegenden Arbeit zuerst über den klinischen Ablauf des Bienenstichs, welcher abhängt von der Empfindlichkeit des Individuums für den Giftstoff und von der Menge des letzteren. Diese ist um so größer, je ungestörter sich der Stechapparat entleeren kann; sie wechselt auch mit der Jahreszeit und mit der Ernährung der Biene. L. unterscheidet: das progressive Stadium (Schmerz, Blutpunkt, Quaddelbildung, Hautschwellung); das stationäre Stadium, das $1-1^1/_2$ Tag dauert, und das regressive, oft 8—14 Tage dauernde Stadium. Einzelne, besonders empfindliche Individuen bekommen auch Allgemeinsymptome (Schwäche, Ohnmacht, Diarrhöe etc.) und diffus ausgebreitete Urticaria.

Eine Sammelforschung bei Imkern ergab, dass einzelne von vorn herein giftfest sind; die meisten werden nach mehr- oder langjähriger Bienenzucht immer weniger empfindlich, einzelne speciell nach »einmaligem Erleiden gehäufter Stichverletzungen«. Diese erworbene Immunität kann aber auch wieder herabgesetzt oder verloren werden — durch längeres Aussetzen der Imkerei und durch Erkrankungen. **Jadassohn** (Bern).

---

7) **L. Geyer.** Über die chronischen Hautveränderungen beim Arsenicismus und Betrachtungen über die Massenerkrankungen in Reichenstein i/Schl.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 221. Festschrift für F. J. Pick.)

Die Erscheinungen der Arsenmelanose, der Arsenkeratose und des Arsenzoster sind in den letzten Jahren so oft litterarisch berücksichtigt worden, dass man wohl annehmen kann, sie seien jetzt in das Bewusstsein der Ärzte übergegangen. Das Hauptinteresse der vorliegenden Arbeit liegt also weniger in der Publikation einiger hierher gehöriger Fälle, als in der Besprechung der Arsenerkrankungen, welche in dem durch seine Arsen- (und früher Gold-) Produktion bekannten Städtchen Reichenstein im Glatzer Gebirge gleichsam endemisch aufgetreten sind. Diese waren früher dort außerordentlich häufig, jetzt sind sie durch die günstigeren hygienischen Verhältnisse, speciell durch die gute Wasserversorgung und durch die Verhinderung der Arsenverstäubung und -Einathmung bei der Gewinnung des Metalls seltener geworden und werden hoffentlich bald verschwinden. Verf. giebt die Krankengeschichten einiger von dort stammender Fälle, deren Entstehung er auf den Genuss arsenhaltigen Trinkwassers zurückführt. Als einmal arsenhaltiges Wasser in die Wasserleitung geleitet wurde, entstanden Massenerkrankungen (Dyspepsien, Katarrhe, nervöse Symptome und weiterhin Melanosen und Keratosen). Die Intoxikationssymptome scheinen bei allen Menschen aufzutreten, aber natürlich nach individuell verschieden langer Zeit und nach verschieden großen Dosen; manchmal scheint Keratose und Melanose dauernd zu bestehen. Schleimhautpigmentirungen hat der Verf. nicht beobachtet.

Die Erscheinungen des Arsenicismus führt G. mit anderen Autoren auf die schädliche Einwirkung des Arsens aufs Blut zurück. Das Lebensalter der Einwohner Reichensteins war besonders früher ein auffallend kurzes, Rachitis sehr häufig, die Sterblichkeit im Kindesalter sehr groß; Infektionskrankheiten traten besonders schwer auf, Pleurititiden und Peritonitiden, trophische Störungen (Altersgangrän), Zosteren sind sehr häufig. Carcinome im Anschluss an die Arsenkeratosen sind früher wiederholt beobachtet worden.

Die Arbeit enthält ferner einen differentialdiagnostisch heranzuziehenden Fall von Keratoma palmare und plantare hereditarium, eine histologische Untersuchung der Arsenmelanose (mit Abbildung) und ein ausführliches Litteraturverzeichnis. **Jadassohn** (Bern).

---

8) **R. Winternitz.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter).

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 397. Festschrift für F. J. Pick.)

Die von Ritter v. Rittershain zuerst beschriebene endemisch beobachtete Dermatitis exfoliativa der Neugeborenen ist bisher in

der Litteratur nur wenig beachtet worden. Die Untersuchungen W.'s ergaben in einem Falle das Vorhandensein von Staphylokokken (albus und aureus) im Blut bei 2maliger Entnahme; die Staphylokokken waren virulent; nach Abheilung der Erkrankung blieb die Züchtung negativ. Die an 2 Fällen festgestellten histologischen Veränderungen waren: ein weit verbreitetes entzündliches Ödem des papillären uud subpapillären Theils des Coriums mit unbedeutender Rundzelleninfiltration, Blutergüsse in Folge von Gefäßzerreißungen, Wucherung des Epithels und Abstoßung besonders der Hornschicht, selten des ganzen Epithels. Die Befunde ähneln also am meisten denen bei Pemphigus.

Die letzte Ursache dieser eigenartigen Erkrankung konnte W. bei der Kleinheit seines Materials nicht auffinden. Sollten die Staphylokokken wirklich eine ätiologische Bedeutung haben, so würde nach W. das Fehlen »einer diffusen Lokalisation derselben in den Schnitten« dafür sprechen, »dass die Hauterscheinungen das Produkt centraler vasomotorischer Reizung« sind. Jedenfalls muss nach den Erhebungen des Verf. die Anschauung, dass die Dermatitis exfoliativa nur »auf eine gesteigerte physiologische Exfoliation der Epidermis der Säuglinge und eine Ernährungsstörung der obersten, nicht gefäßhaltigen Schichten« zurückzuführen sei, dahin geändert werden, »dass wir diese Steigerung als pathologisch ansehen und den Angriffspunkt der Schädigung in die gefäßhaltigen Schichten verlegen«.

Jadassohn (Bern).

---

9) **J. Wisniewski.** Zur Kenntnis des Angiokeratoma (Mibelli).

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLV. Hft. 3.)

Unter Angiokeratom versteht man eine durch Gefäßerweiterung und warzige Verhornung ausgezeichnete, in kleinen Herden auf Händen und Füßen auftretende, sehr charakteristische Hauterkrankung, die wesentlich kosmetische Bedeutung hat und ganz besonders bei jugendlichen Individuen, die an Frostbeulen leiden, auftritt. Verf. giebt die Litteratur über diese Affektion ausführlich wieder und publicirt die Krankengeschichten zweier von Ehrmann beobachteter Fälle. Er hat auch histologische Untersuchungen angestellt, aus denen hervorgeht, dass die Gefäßerweiterungen Aneurysmen ähnlich sind, und dass in der Epidermis über den Gefäßerweiterungen hyperplastische und atrophische Vorgänge mit einander wechseln. Die Hauptursache für die Erkrankung scheint eine Gefäßparese zu sein, wie sie ja bei den Erfrierungen eine große Rolle spielt. Therapeutisch ist Elektrolyse, der galvanokaustische Mikrobrenner und die flache Excision zu empfehlen.

Jadassohn (Bern).

---

10) **D. Majocchi.** Purpura annularis teleangiectodes. »Teleangiectasia follicularis annulata.« Klinische Beobachtungen und histologische Untersuchungen.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 447. Festschrift für F. J. Pick.)

Das Krankheitsbild, welches der Verf. unter den beiden oben wiedergegebenen Namen auf Grund von 4 Fällen beschreibt, ist charakterisirt durch rosa- und lividrothe Flecke, gebildet von kapillären Ektasien mit folgenden Hämorrhagien, ohne vorhergehende Hyperämie, ohne wahrnehmbare Infiltration der Haut und gewöhnlich in deutlichem Zusammenhang mit den Haarfollikeln; diese Efflorescenzen entwickeln und vermehren sich langsam, sind symmetrisch, namentlich an den unteren Extremitäten, angeordnet, gehen in »leichte Atrophie und Achromie der Haut, bisweilen mit Alopecie über und machen meist keinerlei Beschwerden«. Die Teleangiektasien sind augenscheinlich das Primäre. Mit der Purpura haben die Efflorescenzen außer der Farbe kaum etwas gemein. Die Ätiologie der Erkrankung ist ganz unklar; am meisten ist der Verf. geneigt, dieselbe für eine Angioneurose zu halten. Die histologische Untersuchung hat Kapillarektasien, Blutungen, geringe kleinzellige Infiltration und Sklerosirung des Bindegewebes ergeben. In der Litteratur scheint diese eigenartige Affektion bisher nicht beschrieben zu sein. **Jadassohn** (Bern).

---

11) **A. Scheuber.** Über den Ursprung der weichen Naevi.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 175. Festschrift für F. J. Pick.)

Während früher die weichen Naevi allgemein als Abkömmlinge des bindegewebigen Theiles der Cutis, von v. Recklinghausen speciell als Lymphangiofibrome angesehen wurden, hat Unna zuerst die seit dem viel besprochene Anschauung ausgesprochen, dass »die weichen Naevi aus Epithelien entständen, die oft schon im embryonalen Leben in den oberen Theilen der Cutis deponirt würden und die durch Verlust der Epithelfaserung ihre Starrheit verloren hätten«. Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen kommt Verf. zu dem Resultat, dass die Unna'sche Anschauung die richtige ist; die einzelnen Argumente für diese Überzeugung S.'s müssen, da sie auf die instruktiven Abbildungen Bezug haben, im Original nachgelesen werden. **Jadassohn** (Bern).

---

12) **Leredde.** L'eczéma (maladie parasitaire). Suite de monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine etc.

Paris, **Masson & Cie.**, 1898.

In dieser sehr ausführlichen Studie giebt Verf. den Stand der Ekzemlehre, wie er sich für ihn darstellt, wieder — eine Mischung der Unna'schen Anschauungen und derjenigen der modernen französischen Schule. Er unterscheidet das akute und das chronische vesikulöse und das seborrhoische Ekzem — das letztere trägt auch

nach ihm den Namen »Ekzem« vielleicht mit Unrecht. Außer den prädisponirenden erkennt er äußere — die arteficielle Dermatitis muss abseits gestellt werden — und innere (nervöse, viscerale, diathetische) Ursachen an. Er unterscheidet die Impetigo als sekundäre Infektion; die Sabouraud'schen Bakterien der Seborrhoea oleosa, die Unna'schen Monokokken sind für ihn in ihrer Bedeutung erwiesen. Einer eingehenden klinischen und diagnostischen Besprechung folgt die Therapie, bei welcher die interne Behandlung der Magenleiden und das Regime auch bei gesundem Magen besprochen wird. L. glaubt an ein Alterniren von Ekzemen und gewissen inneren Erkrankungen — unter dieser Bedingung sind vorzugsweise die letzteren zu berücksichtigen. Für die äußere Behandlung giebt L. genaue und im Ganzen sehr geeignete Vorschriften. Die Lektüre der Arbeit wird nicht bloß dem Specialisten, sondern auch dem Praktiker und speciell dem Letzteren manche praktische Winke geben — die Theorie steht naturgemäß vielfach noch auf schwachen Füßen.

Jadassohn (Bern).

13) **P. G. Unna.** Handekzem und Waschen der Hände.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVI. No. 11.)

Die Bandlung der Handekzeme ist besonders dann außerordentlich schwierig, wenn die Pat. ihre Tagarbeit nicht aussetzen können. U. hat günstige Erfolge auch dann erzielt; nur hält er es für unbedingt nothwendig, dass die Pat. die Reinigung ihrer Hände am Abend vornehmen und dann gleich einen impermeablen Fettverband (er empfiehlt besonders auch die Pyraloxinsalben) anlegen. Am Tage sollen dann die Hände, wenn möglich, gar nicht oder nur mit Öl gereinigt, oder jedenfalls vor dem Waschen mit dem Wachsstift oder Adeps lanae eingerieben werden. Dadurch wird die Entfettung und die Austrocknung der Hornschicht verhindert. **Jadassohn** (Bern).

14) **S. Bang.** Die Finsen'sche Lichttherapie.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXVII. No. 1.)

Dem dänischen Forscher Finsen, welcher sich schon lange mit den biologischen Wirkungen des Lichtes und speciell mit seiner Verwendung für medicinische Zwecke beschäftigt (bekannt ist seine Behandlung der Pocken bei rothem Licht) hat man in Kopenhagen ein großes Institut errichtet, das jetzt 100—110 Pat. beherbergt, und in dem bisher wesentlich Hautkrankheiten mit Sonnenlicht oder mit dem Licht von Bogenlampen (von 50—80 Ampères) behandelt werden. Über die Art, wie das Licht gesammelt wird, muss das Original eingesehen werden; vor Allem ist es wichtig, dass die Haut blutleer gemacht wird, was durch Druck mittels Bergkrystallplatten erreicht wird; denn das Blut absorbirt die brechbarsten Strahlen. Die meisten Erfahrungen sind mit Lupus gemacht worden; Besserungen, ja selbst scheinbare Heilungen wurden erzielt, meist allerdings erst nach 4—6 Monaten,

bei schwereren Fällen nach 1—2 Jahren (täglicher Behandlung). Schmerzen traten nicht auf, Narben nur in so weit, wie sie die Krankheit selbst bedingt. **Jadassohn** (Bern).

---

15) **G. Brock.** Über das Resorptionsvermögen der normalen Haut.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLV. Hft. 3.)

Das Resorptionsvermögen der normalen Haut ist noch vielfach umstritten. Verf. hat diese Frage wesentlich durch die mikroskopische Untersuchung von Thier- und Menschenhaut zu lösen gesucht, welche er mit verschiedenen Farben gefärbt (Methylenblau, Indigkarmin), nur in mannigfaltiger Weise vorbehandelt hatte. Aus den nach den verschiedensten Richtungen variirten Versuchen des Verf., deren Details im Original nachgelesen werden müssen, ergeben sich folgende Resultate:

1) Lösliche, nicht flüchtige Substanzen können von der Haut aus durch die kataphorische Wirkung des galvanischen Stroms zur Resorption gebracht werden.

2) Von flüchtigen Substanzen vermögen sicher einzelne die normale Haut zu durchdringen.

3) Für alle anderen chemischen Körper kann die Haut nur nach Veränderung ihrer Struktur als Eingangspforte in den Organismus dienen. **Jadassohn** (Bern).

---

16) **E. Bonn.** Die Hydrotherapie bei den Erkrankungen der Haut.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LXIII. p. 88. Festschrift für F. J. Pick.)

Dass die Hydriatik bei der Behandlung der Hautkrankheiten ein weites Feld findet, ist zweifellos, eben so zweifellos leider, dass bisher scharfe Indikationen noch wenig gestellt, dass wir von einer wissenschaftlichen Durchbildung der Hydrotherapie in der Dermatologie noch weit entfernt sind. Das beweist auch die vorliegende Zusammenstellung des Verf., der sich wesentlich an die Sätze der Winternitz'schen Schule hält. Er betont die Bedeutung der Wasserbehandlung für die »auf pathologischer Konstitution des Gesammtorganismus basirenden Hautleiden« und ihre Fähigkeit, den Blutgehalt, die Sekretionsverhältnisse, die sensible und vasomotorische Innervation der Haut zu verändern, so wie Hyperkeratosen durch Maceration günstig zu beeinflussen. Er empfiehlt durch Einwirkung von Kälte resp. Wärme auf die zuführenden Arterien (und eventuell auch Nerven) distal lokalisirte Processe zu beeinflussen, benutzt bei den passiven Hyperämien der Haut kalte Güsse, bespricht die Wasserbehandlung der Angioneurosen, der Erythromelalgie, der Urticaria, der Hyperidrosis, der Akne und warnt vor der rein lokalen Anwendung des Wassers, welche leicht zu Erkältungen Anlass giebt. Bei den lokalisirten Entzündungen der Haut verwendet er die Leiter'schen

Kautschukkühlschläuche oder die Winternitz'schen »Longettenverbände«, vermeidet die Bedeckung feuchter Umschläge mit impermeablem Stoff, durch welche Ekzeme begünstigt werden, sondern wählt an deren Stelle eine Flanellumhüllung, bespricht das Wasserbett und die dafür von Winternitz benutzten Leinwandeinhüllungen mit Irrigationen bei Pemphigus foliaceus, Gangrän und Verbrennungen, die langdauernden Bäder bei Psoriasis, Prurigo und chronischen Ekzemen, und schließlich den Werth der Wasserbehandlung zur Unterstützung der Behandlung der Syphilis, der Hauttuberkulose etc. Vieles von den Vorschlägen des Verf. hat sich in der Praxis schon wohl bewährt.

Jadassohn (Bern).

---

17) **S. Lewith.** Aus der ärztlichen Praxis.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 441. Festschrift für F. J. Pick.)

Verf. benutzt mit Vortheil statt kostspieliger Salben einfaches Eiereiweiß, das dünn verstrichen wird, zur Behandlung von Ekzemen, Erythemen etc. Es bildet eine kühlende, Jucken lindernde, komprimirende, allerdings auch leicht reißende Decke.

Jadassohn (Bern).

---

18) **Fontau.** Au sujet des abcès du foie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 157.)

F. hat nicht weniger als 150 Fälle von Leberabscess beobachtet und bereits 52 Fälle operirt. Von den ersten 21 Operirten starben 4, von den letzten 31 keiner. Dies außerordentlich günstige Resultat spricht zu Gunsten der von F. empfohlenen Methode, die kurz gesagt in Folgendem besteht: 1) in einer sehr breiten Öffnung, die man dort anlegt, wo man den Eiter hat feststellen können; 2) in einer pleuropleuralen Naht, wenn man die Pleura durchquert, und in einer hepato-peritonealen Naht, wenn man von der Bauchdecke aus vorgeht, ohne die Brusthöhle zu eröffnen; 3) in einer breiten Hepatotomie mit methodischer, vorsichtiger, aber vollständiger Ausschabung der Abscesshöhlenwandung. Da alle Blutgefäße und Gallengänge im Bereich dieser Wand thrombosirt sind, erzeugt letztere weder Blutung noch Gallenabfluss, ist daher bei vorsichtiger Ausführung ungefährlich, beschleunigt aber die Heilung ungemein.

Reichel (Chemnitz).

---

19) **Dieulafoy.** Le foie appendiculaire; abcès du foie consécutifs à l'appendicite.

(Semaine méd. 1898. November 9.)

D., unter den inneren Medicinern bekanntlich einer der eifrigsten Verfechter der operativen Therapie der Perityphlitis, theilt in der vorliegenden klinischen Besprechung einen bemerkenswerthen Fall von multiplem perityphlitischem Leberabscess mit.

Der 43jährige Pat. erkrankte an Unterleibsschmerzen, die hauptsächlich auf die Ileocoecalgegend lokalisirt waren und einige Tage dauerten, um dann zu ver-

schwinden. 10 Tage später traten plötzlich Schüttelfröste auf, begleitet von heftigem Fieber und Leberschmerzen. Nach einigen Tagen gesellte sich Ikterus hinzu. Diese Erscheinungen bestanden im Ganzen etwa 4 Wochen, um dann in einen Zustand unregelmäßigen, oft sehr hohen Fiebers ohne Schüttelfröste überzugehen. Die Leber zeigte eine sich immer mehr ausprägende gleichmäßige Vergrößerung. Unter Zunahme der septischen Erscheinungen erfolgte nach 2 weiteren Wochen der Tod. Die Autopsie ergab eine von ca. 150—200 Abscessen durchsetzte Leber von 3200 g Gewicht. Der Wurmfortsatz war von Verwachsungen umgeben, in denen sich ein kleiner Abscess mit übelriechendem Eiter fand. Die an der Basis des Wurmfortsatzes befindlichen Venen stellten ein sehr stark entwickeltes, fast varikös aussehendes Netz dar und zeigten in verschiedenem Grade die Erscheinungen von Endo- und Periphlebitis. Die bakteriologische Untersuchung ergab im periappendikulären Abscess, in den entzündeten Venen so wie in der Leber das massenhafte Vorhandensein von Bacterium coli commune in Reinkultur.

Gestützt auf diese und andere Beobachtungen giebt D. eine Schilderung der perityphlitischen Hepatitis (des »foie appendiculaire«), deren Eigenthümlichkeiten kurz folgendermaßen dargestellt werden: Die Hepatitis tritt jeweilen im Anschluss an einen akuten Perityphlitisanfall auf, jedoch nicht gleich im Beginn desselben, sondern nach Ablauf der stürmischen Erscheinungen von Seiten des Bauchfells. Sie setzt plötzlich ein und ist klinisch durch eine rasche, diffuse Vergrößerung der Leber, Ikterus, so wie bisweilen durch Erbrechen und Durchfall charakterisirt. Sie ist nicht zu verwechseln mit den Erscheinungen eines rein toxischen, ebenfalls bei Perityphlitis bisweilen auftretenden Ikterus. Pathologisch-anatomisch findet sich eine Durchsetzung der Leber mit zahlreichen kleinen Abscessen, welche die Leber sozusagen in einen eitergefüllten Schwamm verwandeln können.

Die Prognose ist natürlich ganz ungünstig. Bei Besprechung derselben dringt D. wieder auf ein rasches operatives Eingreifen und verurtheilt die zuwartende Behandlung der Perityphlitis aufs schärfste, seinen schon früher ausgesprochenen Satz wieder betonend, »dass Niemand an Epityphlitis sterben dürfe«.

Wenn schon die meisterhaft geschriebene Arbeit D.'s beweist, dass der Leberabscess bei Perityphlitis weniger selten ist, als gemeiniglich angenommen wird, und dass er demnach für die Prognosestellung im Allgemeinen in Betracht gezogen werden muss, so ist doch die operative Indikationsstellung D.'s mit einiger Vorsicht aufzunehmen. So dürfte für manchen Pat. die Gefahr einer unzeitig auf dem Höhepunkt der ersten stürmischen Erscheinungen ausgeführten Operation größer sein, als diejenige, bei zuwartender Behandlung später an einem Leberabscess zu sterben (Ref.).

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

20) **E. Rose.** Die Ausräumung der Gallenwege an Stelle der Exstirpation der Gallenblase und der Choledochotomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 537.)

Kern der Arbeit sind die Berichte über 2 Operationen, welche R. bereits in der Berliner Chirurgen-Vereinigung mitgetheilt hat, und

worüber bereits in unserem Blatte 1898 p. 718 genügend referirt ist. In beiden Fällen ist es R. gelungen, von einer einfachen Cholecystotomiewunde aus nicht nur aus der Gallenblase und dem Cysticus, sondern auch aus dem Choledochus Steine auszuräumen. Seine Technik war so, dass, während ein Assistent den Rippenbogen nebst Leberrand nach vorn bezw. oben streckte, R. den Zeigefinger in das Winslow'sche Loch einführte und damit das Lig. hepato-duodenale empordrängte, so dass der Choledochus mit seinen Steinen deutlich sichtbar, fühlbar und praktikabel wurde. Der vereinten Wirkung von durch die Gallenblasenöffnung eingeführten »Kratzern« etc. und manualer Eindrängung des Steines nach der Gallenblase gab derselbe »unter freundlichem Zureden« nach.

Auf Grund seiner Fälle eifert R. stellenweise recht heftig gegen eine zu freigebige Indikation der Cystektomie und Choledochotomie, wobei er sich namentlich gegen Langenbuch polemisch erhitzt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

21) **H. Kehr.** Die Resultate von 360 Gallensteinlaparotomien, unter besonderer Berücksichtigung der in den letzten zwei Jahren ausgeführten 151 Operationen.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 225. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1898.)

Auch der vorliegende Bericht K.'s enthält wieder mancherlei Neues und Wichtiges, das Verf. bei seinen so außerordentlich zahlreichen Gallensteinoperationen zu beobachten und zu prüfen Gelegenheit hatte. Da wohl kein Chirurg versäumen wird, die Abhandlung zu lesen, möge nur einiges Wenige hier Erwähnung finden. Zunächst die interessante Thatsache, dass K. unter 327 Gallenstein-Bauchschnitten — nach Abrechnung der Operationen wegen gänzlich inoperabler Zustände (Carcinome etc.) — nur 12 Todesfälle (= 3,8%) gehabt, dass von den letzten 151 Operationen nur ein einziger Fall einem Fehler der Technik erlegen, dass von allen Cystostomien, bei welchen eine vollständige Fixation am Peritoneum parietale gelang, keine einzige tödlich verlaufen, die angelegte Gallenblasenfistel in all diesen Fällen zum Verschluss gekommen ist und schließlich, dass K. ein wirkliches Steinrecidiv — außer in 4 Fällen, wo zurückgebliebene Seidenfäden den Keim zur Steinbildung abgaben — noch niemals erlebt hat. Die Exstirpation der Gallenblase hat K. neuerdings viel häufiger — im Ganzen 64mal (3 †) —, ohne eine Cystostomie voranzuschicken, ausgeführt, um die Wiederkehr von Schmerzen durch entzündliche Processe in der Gallenblase zu verhüten; wo sie wegen starker Schrumpfung der letzteren unmöglich war, wurde die Gallenblase nur von der unteren Leberfläche abgelöst, an das parietale Bauchfell angenäht und eröffnet, ein Verfahren, das K. der von ihm selbst angegebenen und jüngst noch von Poppert in etwas modificirter Form empfohlenen Einführung eines Schlauches in die Gallenblase im Allgemeinen vorzieht. Die Indikationen für die

einzelnen Methoden der Operation und diese überhaupt werden von K. eingehend besprochen, mit dem wiederholten dringenden Hinweis, vor jedem chirurgischen Eingriff eine möglichst genaue Diagnose zu stellen zu suchen, da z. B. bei normal verlaufendem akuten Choledochusverschluss ein solcher im Allgemeinen geradezu kontraindicirt erscheint, bei chronischen in Folge von Carcinom am besten nicht operirt wird. Auch in Bezug auf die diätetische Behandlung Gallensteinkranker nach oder ohne vorausgegangene Operation giebt K. werthvollen Rath, indem er, von der Beobachtung ausgehend, dass die Gallenblase sich nur dann extrem mit Galle füllt, wenn der Kranke keine Speisen zu sich nimmt, häufige Mahlzeiten, besonders auch Nachts empfiehlt, um eine regelmäßige und öftere Entleerung der Gallenblase anzustreben.

Mit diesen wenigen, dem reichen Inhalt des Vortrags entnommenen Daten wollen wir uns begnügen; der von K. in Aussicht gestellten Veröffentlichung sämmtlicher Krankengeschichten seiner 360 Gallensteinbauchschnittsfälle wird er ein werthvoller Wegweiser sein.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Stadtkrankenhaus Osnabrück.)

Zur Statistik der incarcerirten Hernien bei Kindern bis zum Alter von 1 Monat.

Von

Dr. E. **Funke.**

In No. 19 des Centralblatts für Chirurgie vom Jahre 1894 giebt C. Stern einen »Beitrag zur Statistik und Prognose der Herniotomie bei incarcerirten Hernien im ersten Kindesalter«. Unter den 51 Fällen betreffen 8 Kinder bis zu 4 Wochen. Von diesen 8 sind 2 gestorben, 6 geheilt. Bei der Seltenheit der incarcerirten Hernien bei Kindern bis zum Alter von 1 Monat glaube ich 2 im Stadtkrankenhaus zu Osnabrück beobachtete Fälle der Statistik nicht entziehen zu dürfen. Der eine Fall stammt aus diesem Jahre, der andere aus dem Jahre 1889.

In Anamnese, Status und Wundverlauf stimmen beide Fälle vollständig überein.

Ich gebe die Krankengeschichte des 2. Falles. 4 Wochen altes männliches Kind in gutem Ernährungszustand. Eltern sind gesund. An Stuhlverstopfung hat der Knabe nie gelitten, niemals ist eine Hervorwölbung in der Leistengegend beobachtet. An einem Tage beginnt Morgens Erbrechen, welches mit Intervallen bis gegen Abend anhält. Herr Sanitätsrath Pelz findet Abends das Kind ruhig im Bett liegend vor. Während dieses Tages kein Stuhlgang. Abdomen nicht aufgebläht. Puls 120. Bei genauerer Palpation des Abdomens findet sich an der rechten äußeren Leistenöffnung, dem Verlauf des Samenstrangs entsprechend, ein 4 cm langer, wurstartiger Tumor. Derselbe erscheint prall gespannt, lässt sich etwas seitlich bewegen. Leichte Repositionsversuche sind erfolglos. Es wird Diagnose Hernia incarcerata gestellt und zur Operation geschritten.

Bei derselben zeigt es sich nach Einschnitt über und in der Richtung des Tumors sofort, dass es sich um eine Hernie handelt. Man findet eine incarcerirte

Dünndarmschlinge im Bruchsack liegen. Es erfolgt Freilegung des Bruchsacks und Samenstrangs, Eröffnung des Bruchsacks, Reposition des gut aussehenden Darmes und Vernähung der Bruchpforte nach Czerny. Im Bruchsack befand sich keine Flüssigkeit, die geblähte Darmschlinge füllte den Bruchsack vollständig aus. Am folgenden Tage spontan Stuhlgang, keine Temperaturerhöhung. Auch an den folgenden Tagen kein Fieber und regelmäßig Stuhlgang. Am 10. Tage erster Verbandwechsel. Glatte Heilung, die Seidennähte werden entfernt. Das Gewicht des Kindes betrug 2 Tage vor der Operation, wo es zufällig gewogen war, 7 Pfund, 3 Tage post oper. $6^1/_2$, 10 Tage post operat. $5^3/_4$ Pfund. Dann stieg das Gewicht wieder schnell. Die Abnahme des Gewichts ist natürlich sowohl eine Folge des Eingriffs als solchen, als auch eine Folge der verminderten Nahrungsaufnahme.

Beim 1. Falle aus dem Jahre 1889 kommt nun die 9jährige Beobachtungsdauer hinzu. Die jetzige Untersuchung des vor nunmehr $9^1/_2$ Jahren operirten Knaben ergab vollständige Heilung, kein Wiederauftreten einer Hernie, trotzdem niemals post oper. ein Bruchband getragen ist. Leider ergab die Untersuchung aber auch eine starke Atrophie des rechten Hodens. Wie soll man diese erklären? Es giebt zwei Möglichkeiten. Entweder sind damals beim Vernähen der Bruchpforte Nerven resp. Gefäße des Samenstrangs komprimirt und dadurch atrophirt, oder die beim Vernähen entstandene Narbe hat späterhin den wachsenden Gebilden des Samenstrangs nicht Raum gegeben, wodurch dieselben in ihrem Wachsthum zurückgeblieben sind, wesshalb auch der Hoden atrophisch wurde oder vielleicht nur in seinem Wachsthum stehen blieb. Die letztere Erklärung scheint mir die wahrscheinlichere, zumal Sanitätsrath Pelz genau weiss, dass er den Samenstrang in toto damals isolirt und mit Sicherheit irgend eine Beschädigung der Gebilde desselben vermieden hat.

Das Verhalten des Hodens nach Hernienradikaloperation ist überhaupt zu wenig studirt worden. Das liegt aber in der Natur der Sache, da der Pat. nach gelungener Operation sich meist auf Nimmerwiedersehn den Augen des operirenden Arztes entzieht. Es wäre sicher eine hochinteressante und dankenswerthe Aufgabe — die natürlich nur an großen chirurgischen Kliniken erfüllt werden könnte — durch Nachfrage oder, so weit möglich, erneute Untersuchung festzustellen, wie sich der Hoden nach Jahren bei den verschiedenen modernen Methoden der Radikaloperation verhält.

Auf Eines möchte ich noch bei der Therapie der incarcerirten Hernien des ersten Kindesalters aufmerksam machen. Im Falle 29 der Stern'schen Statistik musste bei der Herniotomie der gangränöse Hoden entfernt werden. Die Gangrän war eingetreten nach hämorrhagischem Infarkt in Folge forcirter Repositionsversuche und nur 2 Tage post incarcer. wurde operirt! Gerade bei so jungen Kindern möchte ich vor Repositionsversuchen warnen, und zwar aus dem Grunde, weil wir es nicht gewohnt sind, das Maß der Kraft bei der Reposition so abzuschätzen wie beim Erwachsenen. Dazu fehlen uns die Fingerzeige für das Zuviel bei dem kleinen Kinde, die uns der Erwachsene durch Angaben des Schmerzes geben kann. Die Operation selbst ist außerdem so geringfügig, dass sie wohl ein Jeder ausführen kann, die Vortheile derselben klar: Übersicht des vorhandenen pathologischen Zustands und radikale Beseitigung desselben, während wir auf der anderen Seite stets in Gefahr sind, durch Repositionsversuche Unheil anzurichten. Beim Erwachsenen liegen ja die Verhältnisse anders; da wird ja ein Jeder zuerst Repositionsversuche machen. Ich wollte nur bei kleinen Kindern davor gewarnt haben, zumal auch in dem zweiten hier beobachteten Falle nur ganz leichte Repositionsversuche — eigentlich mehr eine diagnostische Palpation — gemacht waren, und dennoch bei der Operation sich frische Hämorrhagien in dem lokeren Gewebe subkutan wie am Bruchsack zeigten.

---

22) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

99. Sitzung am Montag, den 9. Januar 1899, im kgl. Klinikum.

Unerwartet ereilte vor wenig Stunden der Tod den, der an diesem Tage den Vorsitz führen sollte: den Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Gurlt.**

An seiner Stelle übernimmt den Vorsitz Herr v. Bergmann, um dem Verstorbenen mit bewegten Worten einen Nachruf zu widmen.

Redner schildert in kurzen Worten, durch wie mannigfache Verdienste sich der Verstorbene das Recht auf dankbare Erinnerung bei der Mit- und Nachwelt gesichert hat. Sein Name wird Dank seiner Leistungen in der Chirurgie fortleben, in der großen Allgemeinheit wird sein humanitäres Wirken nicht vergessen werden.

Entscheidend für des Verstorbenen Leben wurden seine Beziehungen zu Bernhard v. Langenbeck, dessen Assistent er 1850 wurde; 1863 wurde er außerordentlicher Professor und später zugleich Lehrer an der jetzigen Kaiser Wilhelms-Akademie.

Seine Eigenart bestand in ungemeiner Gelehrsamkeit und der Bereitwilligkeit, mit der er diese in den Dienst seiner Wissenschaft und Kunst und in den der seinen Rath in Anspruch nehmenden Kollegen stellte. Selbstlos bot er den Kollegen hilfreiche Hand, wo er nur konnte. Redner erinnert u. A. daran, dass er dem ihm einstmals begegnenden und seine schlimme Lage schildernden Billroth, dem es nicht glücken wollte, zu Anerkennung und Praxis zu kommen, eine Stellung als Assistent bei v. Langenbeck verschaffte!

Mit seinem Lehrer gemeinsam rief er das »Archiv für klinische Chirurgie« ins Leben; er war Mitredakteur der »Virchow-Hirsch'schen Jahresberichte der Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Medicin«, und als Gustav Simon 1871 die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie anregte, wurde er ein eifrigster Mitarbeiter und blieb bis zu seinem Lebensende Schriftführer derselben. Zum Danke verlieh ihm die Gesellschaft die Ehrenmitgliedschaft.

Innig ist sein Name verknüpft mit den Bestrebungen des Rothen Kreuzes. Er nahm Theil an den internationalen Verhandlungen, die die Freunde dieser humanitären Idee unter dem Zeichen des Rothen Kreuzes vereinigte; seine Erfahrungen auf den Kriegsschauplätzen 1866 und 1870 legte er nieder in dem Werke: »Zur Geschichte der internationalen und freiwilligen Krankenpflege im Krieg«.

Klassisch ist und wird es bleiben, sein »Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen«, und monumental ist das Werk seiner letzten Jahre, sein Lebenswerk: »Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung von den ältesten Zeiten bis zur Renaissance«.

Ehre seinem Andenken!

Hierauf wird die Sitzung geschlossen. **Sarfert** (Berlin).

---

23) P. Delbet. Leçons de clinique chirurgicale.

Paris, **G. Steinheil,** 1899. 372 S.

Das vorliegende Werk besteht aus 20 Vorlesungen D.'s im »Hôtel Dieu« aus den Monaten August und September 1897. Die hierin behandelten 16 Themen sind den verschiedensten Abschnitten der Chirurgie entnommen, und sämmtliche Abhandlungen sind schon wegen der theilweise wundervollen Darstellung lesenswerth. Es soll von jeder eine kurze Inhaltsangabe folgen.

I. Über Uranoplastik.

Verf. spricht zunächst vom günstigsten Zeitpunkt des Eingriffs; er wirft der Frühoperation nachfolgende Atrophie des Oberkiefers und größere Mortalität vor bei mindestens nicht besseren phonetischen Resultaten als bei der von ihm bezw. seinem Lehrer Trélat empfohlenen Operation im 6. oder 7. Lebensjahre. Besonderes Gewicht legt er auf Beachtung der Gaumenhöhe und -Länge, deren großen Einfluss auf das Sprachergebnis er beleuchtet. Schließlich betont er die Noth-

wendigkeit vorausgehender Sprachübungen, welche allein bereits die Prognose des zu erwartenden Resultats feststellen lassen.

II. und III. Von den Komplikationen der Otitis media.

Das etappenmäßige Vordringen der Entzündung vom Proc. mastoideus zum Gehirnabscess wird klinisch entwickelt, die Diagnose der einzelnen Thesen genau besprochen. Schließlich wird der Vortheil der Eröffnung des Schädels vom Proc. mast. her betont; denn dieser Weg hält denselben Gang ein wie in der Mehrzahl der Fälle die Entzündung selbst.

IV. Angeborene Kiemengangcyste (Kyste thyrohyoidea).

Ein kurzer geschichtlicher Überblick, Wesen und Behandlung der Halscysten bezw. -Fisteln betreffend bildet die Einleitung. Im Allgemeinen ziemlich selten, öfters bei Männern als bei Frauen beobachtet, sind sie aus ihrer Lage unter den Sternohyoideis, ihrer Befestigung am Zungenbeinkörper, ihrer Glätte und langsamem Wachsthum zu erkennen. Im vorliegenden Falle erzeugte die eigroße Cyste beim Gähnen regelmäßig Krampf der über sie hinziehenden Muskeln. Die allein rationelle Behandlung ist die Ausschälung der Cyste, bezw. Ausschneidung des Fistelgangs, wenn solcher nach spontanem Durchbruch der Cyste entstanden ist.

V. Impermeable Narbenstriktur des Ösophagus.

Der Kranke, welcher vorgestellt wird, hatte sich die Speiseröhre mit Natronlauge verätzt. Nach vorübergehender entzündlicher Dysphagie und kurzer Besserung des Schluckvermögens trat innerhalb weniger Wochen eine derartige Verengerung der Speiseröhre ein, dass keinerlei Nahrung und keine Sonde mehr durchging. D. beabsichtigte nun, den retrograden Katheterismus ohne Ende auszuführen; zum Anheften der Fäden an die Sonde hatte er besondere Metallkappen anfertigen lassen, welche den Knoten in sich aufnehmen und dann auf die Sonden geschraubt werden sollten. Bei der Operation (einzeitige Gastrostomie) erwies sich die oberste Stenose auch als vom Magen her nicht passirbar. D. ging desshalb sofort zur kombinirten Ösophagotomie (ext. und int.) über; es gelang, den Längsschnitt quer zu vernähen, nachdem eine dünne Sonde bis zum Munde durchgeführt war. Der erschöpfte Kranke erlag noch in der Nacht dem doppelten Eingriff.

VI. und VII. Frühdiagnose der Wirbelcaries.

Man muss bestrebt sein, noch ehe der Buckel entsteht, die Krankheit zu erkennen, um sie sicher und ohne Deformation zu heilen. Auf die rechte Spur können 3 Erscheinungen leiten: 1) Die schlaffe Paraparese bei geringer Atrophie der befallenen Muskelgruppen. Bei myo- bezw. neuropathischen Erkrankungen geht die Atrophie der Paralyse voran; die Symmetrie ist in beiden Fällen ziemlich gleich. Findet man also eine Paraplegie ohne entsprechend ausgeprägte Atrophie, so deutet dies auf das Rückenmark.

2) Die erhöhten Reflexe. Nervenerkrankung setzt die Erregbarkeit herab; erhöhte Reflexerregbarkeit ist daher auf Rückenmarksläsion zu beziehen. 3 Reflexe sind von besonderer Bedeutung: der Patellarreflex; der Reflex der Achillessehne; um Fußklonus auch in frühen Stadien zu erzeugen, genügt es oft, bei stark dorsalflektirtem Fuß 5 bis 6mal schnell auf die Achillessehne zu klopfen. Schließlich bedient D. sich eines Reflexes, den er an Hunden geprüft hat: Druck auf die Zehen (bes. die große) in querer Richtung löst ein deutliches Anziehen des Beines aus.

3) Störungen in Gebieten sensibler Nerven. Neuralgische (rheumatische) Beschwerden, welche die topographische Ausbreitung eines sensiblen Nerven überschreiten, müssen uns veranlassen, ihre Entstehung oberhalb der Wurzeln, im Centrum, nicht in der Peripherie zu suchen.

Hält man diese 3 Punkte zusammen, und prüft gleichzeitig genau die ganze Wirbelsäule, so wird man oft im frühesten Stadium die Wirbelentzündung erkennen.

VIII. Bruch der Wirbelsäule.

In dieser Vorlesung sucht D. die Frage zu entscheiden, ob es Anzeichen gebe, welche mit einiger Sicherheit erkennen lassen, ob eine vollkommene quere

Durchtrennung oder nur vorübergehende Quetschung des Rückenmarks bei einer Wirbelfraktur vorliege, da hiernach sich das Verhalten des Chirurgen zu richten habe. An der Hand von Thierexperimenten weist er nach, dass die früheren Angaben trotz gegentheiliger Behauptungen von Bowlby, Jackson und Bastian zutreffend seien: Steigerung der Reflexe bei völliger Paraplegie spricht fast mit Sicherheit für quere Durchtrenung des Rückenmarks; man enthalte sich jeder Behandlung. Hingegen darf uns ein Fehlen der Reflexe nicht hindern, eine Reposition der Fraktur zu versuchen. D. verfährt ähnlich wie König und Wagner. Unter gleichmäßigem Zug an Oberkörper (bezw. Kopf) und Beinen wird mit der Hand der Vorsprung eingedrückt und um den auf breiten Gazestreifen suspendirten Körper ein Gipskorset gelegt. Gelingt die Reposition nicht, so schreitet D. zur Eröffnung des Wirbelkanals, um auf diese Weise die Korrektion zu erreichen.

IX. Rankenangiom.

Es betraf den rechten Arm eines Mannes im mittleren Alter und hatte beträchtliche Störungen der Ernährung und Funktion besonders der Hand verursacht. Wesen, Entstehung und Behandlung des Leidens werden genauer besprochen. Hier hätte nur die Amputation Heilung erzielen können.

X. Carpus curvus.

Diese Bezeichnung entspricht der Madelung'schen Subluxatio manus spontanea nach vorn. D. konnte nun zwei Präparate aus dem Musée Dupuytren genauer untersuchen und die von Duplay gegebene Erklärung des Carpus curvus völlig bestätigen; danach handelt es sich um rein primäre Verkrümmung des Radius, welche in gleiche Linie mit den Wachsthumsstörungen bei Genu valgum zu setzen ist. Die distale Gelenkfläche des Radius bleibt in Verbindung mit Os lunare und scaphoideum; es drängt in Folge dessen die Hand in volarer Richtung von der Ulna ab, deren Kapsel in die Länge gezogen wird; sie verliert ihren Zusammenhang mit dem Pyramidale völlig. Dem entsprechend kann die Heilung des Carpus curvus nur erzielt werden durch lineäre Durchtrennung des Radius an seiner stärksten Krümmung. Die Operation wurde am vorgestellten Kranken ausgeführt, musste jedoch wegen Wiedereintritts der Verkrümmung wiederholt, und das Resultat, das an sich gut war, durch Nachbehandlung mit Hülsenschienen erhalten werden.

XI. Schrumpfung der Aponeurosis pulmaris.

Die auch als Dupuytren'sche Kontraktur bekannte Verkrüppelung der Hand fasst D. nach dem Vorgang von Noble Smith und Adams als trophische Störung auf, da sie fast ausschließlich den Kleinfingerballen bezw. die Finger IV und V betrifft; sie entspricht der Ausbreitung des Ulnaris bezw. seiner Medianusanastomose. Es ist eine Art fibröser Hyperplasie mit nachfolgender Schrumpfung der sonst schwächsten Theile der Palmaraponeurose und ihrer feinsten Fortsätze an die Sehnen der Extensoren und Interossei bis an die 2. Phalanx beim IV., an die 3. beim V. Finger. Sodann kommt die feste Verwachsung der sich verkürzenden Beugesehnen mit der stark gespannten, verdünnten Haut der Vola zu Stande. Die Heilung des Leidens, die in fortgeschrittenen Stadien kaum noch vollkommen erreichbar sein dürfte, besteht am besten nach Busch in Excision eines dreieckigen Hautstücks über der verkürzten Sehne, mit eventuell plastischer Deckung des Defekts nach Durchschneidung sämmtlicher spannenden Zügel bis in die Phalangen hinein. Trotzdem wird es Fälle geben, wo eine Streckung der Finger damit nicht zu erreichen, das Resultat unsicher sein wird. Daher soll im Beginn des Leidens operirt werden.

XII. Bedeutung der Klappeninsufficienz der V. saphena magna für die Varicen der unteren Extremitäten.

Dass die Klappen der Saphena undicht sein können auch ohne sichtliche Erweiterung der Vene, weißt D. durch manometrische Versuche nach. Unter Cocainanästhesie wurden in die Saphenen mit Geschwüren bezw. Varicen behafteter Kranken feine Kanülen eingestochen, die mit Quecksilbermanometern in Verbindung standen. Je nach Lage und Stellung der Pat. waren die Druckhöhen in der Vene verschie-

den, besonders hoch bei Kraftanstrengung derselben, jedoch stets positiv, und erreichten die enorme Höhe von 26 cm Quecksilber im centralen Theil der Vene während bedeutender Muskelaktion eines der Individuen. Die aus der Insufficienz entstehenden trophischen Störungen, Varicen, Geschwüre, Blutungen, werden am geeignetsten beseitigt durch Unterbindung der Vene ev. einschließlich ihrer Collateralen.

XIII. Dupuytren'sche Fraktur mit fehlerhafter Heilung.

Es ist der Bruch, welcher durch Knickung des Fußes nach außen entsteht; zuerst wird das Lig. deltoid. gespannt; es reißt den inneren Knöchel ab; der Talus stemmt sich gegen den Malleolus ext., welcher in schräg nach oben vorn verlaufender Richtung durchbricht. Die Prognose dieser Verletzung ist ungünstig. Oft hält der Bluterguss die Bruchstücke aus einander, diese sind klein, nur wenig mit Periost überzogen, schlecht ernährt. Der Callus ist in Folge dessen weich. Nach anscheinend gut erfolgter Konsolidirung stehen die Pat. auf, und nun bilden sich schwere Verschiebungen aus: Der Fuß steht in starker Valgus-, mäßiger Equinusstellung, ist anscheinend nach hinten subluxirt; die Bewegungen sind beschränkt, Gehen und Stehen schmerzhaft. Betreffs der operativen Heilung wendet sich D. gegen die Trendelenburg-Hahn'sche quere Osteotomie; nach ihm ist das einzig logische Verfahren die Resektion des weichen Callus an Tibia und Fibula ev. mit Vernagelung der Bruchstücke. Oft wird es auch nöthig sein, den hyperplastischen Knochensaum an der Tibia, welcher den Fuß in Equinusstellung hält, Behufs völliger Reposition zu reseciren. In der Nachbehandlung ist von der 3. Woche ab regelmäßig Massage angezeigt.

XIV. Darmverschluss durch Achsendrehung des gesammten Dünndarms und seines Gekröses.

D. hat bereits im Jahre 1895 in solchem Falle operirt und, da er den Sachverhalt nicht klarstellen konnte, eine Anastomose zwischen oberster Jejunum- und unterster Ileumschlinge angelegt. Die Kranke starb im Collaps, und durch die Autopsie konnte D. die Achsendrehung des gesammten Dünndarms nachweisen. Bei der 2. Operation aus gleicher Ursache, die er am 30. Januar 1897 auszuführen Gelegenheit fand, war D. in Folge dessen nach theilweiser Eventration des stark geblähten Dünndarms im Stande, richtig zu diagnosticiren. Zuerst stellt er fest, dass die unterste Ileumschlinge, eben so wie der Blinddarm retrahirt und leer sind. Erstere kommt unter dem geblähten Darmkonvolut hervor, während oben auf derselben Seite unter ihm eine geblähte, fixirte Schlinge verschwindet. Das Mesenterium war im Sinn des Uhrzeigers — also »dextrogyre« gedreht. Durch Drehung des eventrirten Darmes im entgegengesetzten Sinn wurde der Verschluss beseitigt. Der Kranke überstand den Eingriff gut, erlag jedoch am 11. Tage einer Bronchopneumonie. Ätiologisches ist wenig bemerkt; als für die Diagnose der Torsion des gesammten Dünndarms verwendbar, ist hervorzuheben: schnelles Auftreten starken Meteorismus ohne kothiges Erbrechen, ev. nachweisbarer Flüssigkeitserguss bei den sonstigen Zeichen innerer Einklemmung.

XV. Chronischer unvollständiger Darmverschluss (des obstructions chroniques et incomplètes de l'intestin sans occlusion).

Bei langsam sich entwickelnden Stenosen des Darmes irgend welcher Art (es handelte sich einmal um cirkuläres Angiom, das andere Mal um Knickung durch Verwachsung mit einer Pyosalpinx), entsteht mitunter ein Krankheitsbild, welches tuberkulöse Peritonitis mit Ascites vortäuschen kann. Die Därme sind dilatirt, hypertrophisch, mit plätschernder Flüssigkeit gefüllt; die Schlingen zeichnen sich bei der allgemeinen Magerkeit deutlich ab. Seitliche Dämpfung, welche bei Lagewechsel auf der tieferen Seite sich ausdehnt, deutliche frontale und anterodorsale Undulation täuschen Ascites vor. Freilich ist die Dämpfungslinie nicht so gleichmäßig nivellirt wie bei diesem, sondern verläuft wellig in Folge der ungleichen Darmfüllung. Man muss die Erscheinung kennen zur Vermeidung von Fehldiagnosen.

XVI.—XVIII. Behandlung der Echinokokkenblasen in der Bauchhöhle.

Nach geschichtlichem Überblick über die bisherigen Behandlungsmethoden der Echinokokkenkrankheit und kurzem Abstecher in das Gebiet der Differentialdiagnose zeigt D., dass die Einnähung des Sacks und nachherige Drainage (Marsupialisation) keine befriedigenden Erfolge gebe. Lange Heilungsdauer, Fistelbildung und Eventrationen sind die Mängel der Methode. Bereits 5mal (Bull. et mém. de la soc. de chir. 1899 Februar 6mal) hat D. seine eigene Methode der Capitonnage mit völligem Erfolg angewandt. Bei völlig aseptischen Verhältnissen verkleinert er den Sack nach Entfernung der Mutterblase so weit als möglich durch Resektion; dann sucht er durch Nähte die Innenwände des Sacks einander so weit zu nähern, dass möglichst keine Lichtung mehr übrig bleibt. Der Rand wird überwendlich oder nach Lembert übernäht, die Bauchwunde primär geschlossen. In einem Falle wurde sogar eine im Grund der Höhle sich öffnende Gallenfistel vernäht, und es erfolgte reaktionslose Heilung. Das Verfahren ist kontraindicirt bei starrer verkalkter Kapsel und natürlich bei Eiterung.

XIX. und XX. Appendicitis und Salpingitis; Behandlung der Appendicitis.

Im ersten Aufsatz wird zwischen den beiden genannten Erkrankungen eine Parallele gezogen; im zweiten entwickelt D. seine Ansichten und Erfahrungen in der Behandlung der Epityphlitis. Diese sind ausnehmend günstig, und er tritt desshalb für mäßiges Operiren ein. Da über beide Themen zur Zeit die Meinungsäußerungen so zahlreich und des Verf. Auffassungen nicht wesentlich von den allgemein giltigen verschieden sind, soll hier vor Allem nur auf seine diagnostischen Exkurse hingewiesen werden, in denen er sich — wie auch aus all den vorangegangenen Mittheilungen hervorgeht — als genauer und origineller Beobachter bewährt.

»Wer vieles bringt, wird Manchem etwas bringen«; fast jeder Körperabschnitt ist bedacht, und aus jedem Aufsatz wird man sich eine Auffassung, einen diagnostischen oder therapeutischen Wink entnehmen können. **Christel** (Metz).

24) **F. Latouche** (Autun). Note sur deux cas d'intoxication par l'acide picrique dans le traitement des brûlures.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 45.)

Die kurze Mittheilung des Verf. ist auch für uns wichtig, da die Behandlung frischer Verbrennungen mit Pikrinsäure auch in Deutschland mehr und mehr Aufnahme findet. L. beobachtete bei 2 Kindern außer intensiver, einige Stunden nach Anlegung der Verbände dauernder Schmerzhaftigkeit schwere Allgemeinintoxikation, sich äußernd in wiederholtem Erbrechen, profusen Diarrhöen, Abgeschlagenheit, ja Somnolenz, Schwarzfärbung des Urins. Bei dem einen Kind schwanden die Störungen nach 48 Stunden, beim anderen erst nach 8 Tagen.

Berger, Brun, Félicet u. A. brachten in der Diskussion ähnliche, zu großer Vorsicht mahnende Beobachtungen und verwerfen die Pikrinsäurebehandlung der Verbrennung von Kindern ganz. **Reichel** (Chemnitz).

25) **V. Mibelli.** Über die fixen Antipyrinerytheme.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIV. Hft. 11.)

Neben den verschiedenen Antipyrinexanthemen, welche schon seit längerer Zeit bekannt sind, sind in letzter Zeit verschiedentlich Eruptionen nach Antipyringebrauch beobachtet worden, welche charakterisirt sind durch ihr Auftreten in meist wenigen Herden, durch ihre große Neigung, immer wieder an denselben Stellen aufzutreten, und durch ihre mit jedem Anfall stärker werdende braune bis fast schwarze Pigmentirung. M. hat 3 charakteristische Fälle beobachtet. Er giebt die Resultate der histologischen Untersuchung solcher Herde wieder, wonach es sich um eine exsudative Entzündung mit Ödem des Papillarkörpers, Wucherung der unteren und Ödem der oberen Schichten der Epidermis, ganz wie beim Erythema exsudativum multiforme, handelt.

In dem letzten Theil seiner Arbeit bespricht Verf. die Entstehung solcher Erytheme und steht im Gegensatz zu anderen modernen Forschern auf dem Standpunkt, dass diese Exantheme auf eine periphere entzündliche Reizung durch den durch die Gefäßwandung ausgeschiedenen Stoff zurückzuführen sind ganz in Analogie mit der Anschauung, welche der Ref. für die Hg-Exantheme entwickelt hat.

Jadassohn (Bern).

26) **W. A. Hardaway.** Remarks on arsenical pigmentation, with a report of two cases.

(Journ. of cut. and genito-urin. diseases 1898. No. 4.)

Nach allgemein verbreiteter Anschauung pflegen die gelegentlich nach längerem Arsenikgebrauch auftretenden Pigmentationen der Haut in allmählich zunehmender Intensität, als mehr oder weniger gleichförmige Bräunung der Haut aufzutreten und keineswegs durch vorangehende kongestive oder entzündliche Vorgänge in der Haut eingeleitet zu werden. Der Autor theilt zwei einschlägige Beobachtungen mit, in denen die Hyperchromie nur an den Stellen aufgetreten war, welche vorher der Sitz eines Erythems gewesen waren. Es erhebt sich nun die Frage, ob nicht vielleicht in allen Fällen von Arsenmelanose wiederholte Hauthyperämien für die Entstehung der Pigmentanhäufung verantwortlich zu machen sind. Die Antwort auf diese Frage ist nach den Erfahrungen des Ref. eine verneinende.

Kopp (München).

27) **T. Spietschka.** Über Dystrophie papillaire et pigmentaire.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 247. Festschrift für F. J. Pick.)

Die zuerst unter dem Namen »Acanthosis nigricans« beschriebene Krankheit ist eine durch Papillarhypertrophie, Pigmentirung und durch ihre Prädilektion für die Gelenkfalten charakterisirte Dermatose, welche in der Mehrzahl der bisher beobachteten Fälle im Anschluss an bösartige Geschwülste der Bauchorgane beobachtet worden ist.

Die 3 Krankengeschichten, die S. aus der Pick'schen Klinik veröffentlicht, tragen wesentlich zu der Kenntnis dieses allgemein-pathologisch sehr interessanten Bildes bei. In einem Falle trat die Hautaffektion bei einer 20jährigen Frau nach einer Geburt auf, nach welcher Placentarreste zurückgeblieben waren. Nach längerer Zeit wurde die Diagnose auf bösartiges Deciduom gestellt, der Uterus exstirpirt — darauf wurde die Haut vollständig normal. In einem 2. Fall begann die Hautveränderung unter der Form einer akuten Dermatitis bei einem an Amenorrhoe und Daniederliegen der allgemeinen Ernährung leidenden Mädchen — die Hautentzündung ging unmittelbar in die Acanthosis nigricans über. Der 3. Pat. war ein Alkoholiker, welcher seit Jahren an bedeutenden Magenbeschwerden litt. Die anatomische Untersuchung ergab wesentlich eine Bestätigung der Befunde der früheren Autoren; nur legt Verf. auch auf Grund der oben erwähnten klinischen Erfahrung besonderen Werth auf die entzündlichen Erscheinungen. Die Krankheit ist von morphologisch ähnlichen Processen, wie die Ichthyosis, der ursprünglich als Psorospermosis aufgefassten Darier'schen Krankheit streng zu scheiden. Für den Zusammenhang mit schweren Erkrankungen innerer Organe spricht außer der bisherigen Kasuistik (Carcinome des Magens, des Uterus, der Mamma, schwerer Alkoholismus) die Thatsache des Verschwindens der Hautveränderung nach der Operation des bösartigen Deciduoms in S.'s Fall. Ob die Erkrankung der Haut auf einer Autointoxikation oder auf einer vom sympathischen Abdominalgeflecht ausgehenden »Störung der Funktion der nutritiven Nerven« beruht, muss auch S. unentschieden lassen; er selbst neigt mehr zu der letzteren Auffassung.

Jadassohn (Bern).

28) **A. Grünfeld.** Ein Fall von Epidermolysis bullosa congenita.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 282. Festschrift für F. J. Pick.)

Unter »Epidermolysis bullosa hereditaria« versteht man bekanntlich eine exquisit familiäre Neigung, auf leichte traumatische Reizung mit Blasenbildung zu

reagiren. Der Fall, den G. veröffentlicht, unterscheidet sich von den bisher bekannten dadurch, dass in der Familie des seit seinem 2. Lebensjahre mit dieser Eigenthümlichkeit behafteten Kranken ähnliche Erscheinungen nie beobachtet worden sind, und dass bei ihm die traumatische Blasenbildung nur im Sommer, nie aber im Winter aufgetreten ist. Der Kranke leidet nebenbei, wie die meisten Pat. mit Epidermolysis, an Hyperidrosis, und die Thatsache, dass Schweiß- wie Blasenbildung an den Füßen viel stärker sind als an den Händen, scheint auf einen Zusammenhang beider hinzuweisen. Auch hat die Tannoformbehandlung eines Fußes eine Verminderung der Blasenbildung an demselben zur Folge gehabt.

Jadassohn (Bern).

29) **R. Hahn.** Durch Röntgenstrahlen geheiltes chronisches Ekzem.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. II. Hft. 1.)

H. beschreibt 2 Fälle von außerordentlich chronischem Ekzem, beide Unterschenkel betreffend, die allen therapeutischen Maßnahmen trotzten und die er schließlich durch Röntgenstrahlen zur Heilung brachte. In dem 1. Fall genügten 12 Sitzungen, um eine glatte, äußerlich reaktionslose Heilung herbeizuführen. Bei dem 2. Fall trat nach den ersten 4 Sitzungen eine derartig heftige Reaktion auf, dass eine Unterbrechung der Behandlung stattfinden musste; einige Tage später fanden die Bestrahlungen wieder statt und wurden vertragen.

Die Narben sind weiß, der normalen Haut gleichend. Diesen beiden Fällen reiht H. noch einen Fall von Albers-Schönberg an, bei dem es sich um ein chronisches Handekzem handelte, welches unter derselben Behandlungsmethode glatt heilte.

H. Wagner (Breslau).

30 **H. Lawrence.** Keloid (Alibert) and intractable falles of chronic inflammation of the skin treated by scarification.

(Brit. med. journ. 1898. Juli 16.)

L. hat bei einer 46jährigen Pat. mit einem typischen Keloid von 3 Zoll Länge auf der Dorsalseite des rechten Vorderarms, das nach zweimaliger ausgedehnter Excision recidivirt war, durch folgendes Verfahren eine Heilung erzielt, die bis jetzt 12 Monate Stand gehalten hat: Er hat das Keloid und seine Umgebung mit einem 5blättrigen Skarifikator, dessen Blätter $^1/_{20}$ Zoll aus einander standen, längs und quer so incidirt, dass auf den Quadratzoll ca. 400 Abtheile entfielen; durch heiße Kompressen wurde die Blutung aus der Haut begünstigt und dann ein Kompressionsverband angelegt, so, dass aber auch die venöse Blutcirkulation auf keine Weise gestört war. Der Verband wurde öfters gewechselt, die Kompression aber mehrere Monate fortgesetzt. Das Resultat war eine dünne, zarte Narbe. Schmerzen sind seitdem nie wieder vorhanden gewesen. L. hat dasselbe Verfahren, nur mit kurzdauernder Kompression, angewandt bei hartnäckigem chronischen Ekzem, Lupus erythematosus, chronischem Lichen planus.

F. Krumm (Karlsruhe).

31) **Brauneck.** Zur Kasuistik der Milzrupturen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 11.)

Ein kräftiger Junge fällt mit dem Rücken gegen eine eiserne Kante. Äußerlich keinerlei Veränderungen, Tod nach wenigen Stunden.

Sektionsbefund: 0,5 cm tiefer, quer über die ganze Milz ziehender Riss. In der Bauchhöhle $1^1/_2$ Liter flüssiges Blut, neben der Milz ein sehr großer Blutkuchen.

Teubner (Hannover).

32) **N. Krylow.** Splenektomie wegen Sarkom. (Aus dem Waldaischen Semstwokrankenhaus.)

(Chirurgia Bd. IV. p. 41. [Russisch.])

K. stellt für Russland 11 bis jetzt ausgeführte Milzexstirpationen zusammen von 111 ihm sonst in der Litteratur bekannten); dazu käme sein Fall als 12. hinzu.

Die 45jährige Pat. hatte nie an Malaria gelitten. Die Geschwulst hat im Laufe des letzten halben Jahres stark zu wachsen angefangen. Leibesumfang 92 cm, Blutbefund normal.

Bei der Laparotomie erschien im Schnitt bald die gewaltig vergrößerte Milz. Die wenig zahlreichen Verwachsungen wurden nach doppelter Unterbindung durchtrennt. Große Schwierigkeit machte es dagegen, an den Stiel zu gelangen, um die Unterbindung vorzunehmen. Dabei entstand plötzlich eine starke venöse Blutung, welche nur durch schleuniges Auslösen ohne Rücksicht auf die Blutung schließlich zu stillen war. Zum Glück waren die weiteren Verwachsungen, die dabei noch durchtrennt werden mussten, nicht besonders gefäßreich. Es wurden 200 g Kochsalzlösung eingespritzt und die Kranke mit heißen Wärmflaschen erwärmt, weil der Puls sehr schwach geworden war. Die Geschwulst wog $8^1/_2$ Pfund (russisch). Die mikroskopische Untersuchung ergab Sarkom.

4 Stunden nach der Operation trat der Tod an Herzschwäche ein.

Zum Schluss kommt Verf. noch 1mal auf die fatale Blutung zurück. Er empfiehlt besonders einen sehr ausgiebigen Bauchschnitt, so dass man fast das ganze Organ vor sich hat. Dann sollte man auf dem kürzesten Wege an den Stiel zu kommen suchen und ihm mit einer Dechamp'schen Nadel oder einer Nadel, wie man sie zum Durchführen einer Kettensäge gebraucht, einen Faden umlegen.

(Für diese Zwecke ist nicht nur meine ungestielte Unterbindungsnadel, die jener von K. erwähnten Kettensägenadel sehr ähnlich ist, sondern noch mehr und ganz besonders der von mir konstruirte Zangenhaken mit Vortheil zu verwenden. Ref.) **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

33) **Miller.** The presence of the bacillus typhosus in the gall bladder seven years after typhoid fever.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1898. Mai.)

37jährige Frau hatte vor 7 Jahren 2 Anfälle von Gallensteinkolik. 1 Monat später erkrankte sie an einer 8 Wochen dauernden fieberhaften Erkrankung, die wahrscheinlich ein Typhus war. Seit dieser Zeit behielt sie Schmerzen in der Gegend der Gallenblase, welche sich alle paar Wochen zu heftigen Koliken steigerten. Im 8. Jahre der Erkrankung wurde eine Gallensteinoperation vorgenommen. Es fanden sich 2 große Steine, außerdem wurde im Inhalt der Gallenblase mit Sicherheit die Anwesenheit von lebensfähigen Typhusbacillen nachgewiesen.

Strauch (Braunschweig).

34) **J. Swain.** A contribution to the surgery of hepatic abscess caused by the bacillus typhosus.

(Brit. med. journ. 1898. Juli 16.)

Ein 5jähriges Mädchen bekam im Anschluss an einen leichten Typhus in der 8. Woche etwa mehrfach sich wiederholende Fröste; der rechte Rippenbogen im Bereich des 7.—9. Rippenknorpels wurde dabei leicht vorgewölbt gefunden und eine Schwellung des linken Leberlappens konstatirt. Da das Kind hochgradig herunter kam, wurde, in der Annahme eines pyämischen Abscesses, durch eine vertikale Incision der linke Leberlappen freigelegt, unter Schonung bestehender Verwachsungen, durch Punktion Eiter festgestellt, durch Incision und Drainage der Eiter entleert. Das Fieber sank ab, es trat rasche Heilung ein. Im Eiter wurden bei der bakteriologischen Untersuchung neben dem Staphylococcus aureus zahlreiche Typhusbacillen gefunden (Widal'sche Reaktion positiv).

F. Krumm (Karlsruhe).

35) **A. A. Bobrow.** Große Lebercyste.

(Chirurgia Bd. IV. p. 36. [Russisch.])

Seltener Fall einer Lebercyste nicht parasitären Ursprungs.

Die 51jährige Kranke hatte vor 4 Jahren eine faustgroße Geschwulst im Leibe bemerkt, die sie nicht weiter belästigte. Jetzt hatte die Geschwulst, deren Zu-

sammenhang mit der Leber leicht nachweisbar war, einen Durchmesser von ca. 20 cm. Unter der Diagnose Leberechinococcus wurde die Operation gemacht, aber der Inhalt der Cyste war dunkel und fadenziehend, die Wände der letzteren waren innen glatt, bedeckt mit einigen Fibrinflocken, die Gallenblase lag unter der Cyste. Nachdem ein genügendes Stück aus der Cystenwand zur mikroskopischen Untersuchung herausgeschnitten, wurden die Ränder in die Bauchwunde eingenäht und die Höhle mit Jodoform- und steriler Gaze ausgestopft.

B. hatte eine Reihe von Vorsichtsmaßregeln getroffen, um eine Verwechslung zu vermeiden. Er hat die Gallengänge (Cysticus und Choledochus) abgetastet, die Gallenblase punktirt etc.

Die mikroskopische Untersuchung ergab verschiedene Höhlenbildungen, deren Wände mit Epithel ausgekleidet waren (Cylinder- für Plattenepithel).

Auf Grund des mikroskopischen Bildes wird die Cyste als aus erweiterten Gallengängen hervorgegangen aufgefasst und die Diagnose auf Adenocystoma hepatis gestellt. Die Heilung ging ohne Störung von statten.

Am meisten hat dieser Fall nach B. Ähnlichkeit mit dem von C. Hüter (Diss., Göttingen, 1887) beschriebenen, doch müssten erst noch mehr ähnliche Fälle vorhanden sein, bevor man etwas Sicheres über die Entstehung und die Prognose dieser Erkrankung sagen kann. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

36) **G. Bullinger.** Über einen Fall von Gallenblasen-Dünndarmstichverletzung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Verf. beschreibt einen Fall von Stichverletzung der Unterbauchgegend bei einem 23jährigen Mädchen, das 2 Stunden nach dem Unfall zur Aufnahme in die Straßburger Klinik gelangte. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie fand sich Blut und freie Galle in der Bauchhöhle, und es zeigte sich an der Unterseite der Gallenblasenkuppe so wie am Duodenum je eine feine perforirende Wunde; beide wurden mit feinsten Seidennähten geschlossen, die Darmperforation außerdem mit Netztheilen übernäht; Drainage, Etagennaht der Bauchdecken. In der Folge entstand ein Kothabscess in der Wunde; im Übrigen war der Heilverlauf ein guter; namentlich sind Störungen seitens des Gallenapparats nicht beobachtet worden so dass angenommen werden muss, dass die Naht der Gallenblase hielt. In der Epikrise des Falles wird insbesondere auch die Nothwendigkeit betont, in jedem Falle vermuthlicher Verletzung der Gallenwege zur Laparotomie zu schreiten. **Honsell** (Tübingen).

37) **E. Josserand et Adenot** (Lyon). Traitement chirurgical de l'angiocholite infectieuse grave par la cholécystostomie.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Juli.)

An dem 65jährigen Pat., welchen der Fall betrifft, konstatirten die Verff. am 15. Krankheitstage eine große und schmerzhafte Leber und leichten Ikterus, ferner hohes Fieber, Durchfälle, Kachexie, so dass sein Aussehen auf den ersten Blick an Lebercarcinom denken ließ. Bei der Operation lässt sich weder im Ductus choledochus und cysticus, noch in der Gallenblase ein Stein entdecken. Da aber die Gallenblase stark ausgedehnt und gespannt ist und sich auf Druck nicht leicht entleeren lässt, so wird sie in die Bauchwunde eingenäht, eröffnet und drainirt. Die Galle ist dunkel, aber klar. Kulturen ergeben den Colibacillus. 6 Tage nach der Operation ist das Fieber verschwunden, die Diarrhöen hören auf; in kurzer Zeit hat Pat. 14 Pfund zugenommen, die Galle ist steril geworden, und die Fistel schließt sich. Aus dieser Beobachtung und einigen anderen Fällen, die die Verff. aus der französischen Litteratur zusammengestellt, gelangen sie zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Bei der schweren infektiösen Angiocholitis kann selbst in verzweifelten Fällen die Cholecystostomie und Drainage der Gallenblase Rettung herbeiführen.

2) Zuerst soll eine Probelaparotomie gemacht und, wenn keine Steine gefunden werden, eine vorsichtige Massage der Gallenblase und der großen Gallenwege versucht werden.

3) Ist das letztere fruchtlos, so soll die Cholecystostomie ausgeführt werden.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

38) **M. J. Rostowzew.** Ein Fall von kolossaler cystenartiger Erweiterung des Ductus choledochus.

(Annalen der russischen Chirurgie 1898. Hft. 6.)

Die Anamnese blieb beim 13jährigen Mädchen unbestimmt; R. hält das Leiden für angeboren. Operirt wurde in der Annahme eines Echinokokken. Die Cyste entleerte 2 Liter gallige Flüssigkeit. Einnähen in die Bauchwunde. Das sehr heruntergekommene Mädchen starb am nächsten Morgen. Die Sektion zeigte kolossale Erweiterung des Ductus choledochus; der Ductus hepaticus war auch dilatirt; der Ductus cysticus zeigte eine Art Klappe und war wie die Gallenblase leer. Die Einmündungsstelle des Ductus choledochus in das Duodenum war geknickt und durchsetzte die Darmwand schräg von rechts nach links. Diese Knickung war die Ursache der Dilatation. Die Wand der Cyste bestand bloß aus Bindegewebe. Keine Gallensteine. In der Litteratur sind bloß 4 Fälle beschrieben von Konitzky, Seyffert, Heid, Douglas. Einzig mögliche Therapie, Bildung einer Cysten-Darmanastomose. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

39) **Lejars.** Cholécystostomie par la voie lombaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 185.)

Bei einer 34jährigen, kräftigen, gesund aussehenden Frau, welche schon seit 10 Jahren an heftigen Schmerzen in der rechten Seite litt, fühlte man daselbst eine große, rundliche Geschwulst, die bei horizontaler Rückenlage bis zum vorderen oberen Darmbeinstachel herabreichte, sich aber leicht bis in die Fossa iliaca schieben ließ, bei gleichzeitiger Tastung von der Lendengegend aus Ballotement zeigte und derbe, fast harte Konsistenz besaß. — L. diagnosticirte eine bewegliche, kranke Niere, legte daher die rechte Niere mit einem schrägen Lendenschnitt extraperitoneal bloß. Er fand sie gesund und an normaler Stelle. Die Geschwulst lag intraperitoneal und war, wie die Eröffnung der Bauchhöhle von der Wunde aus sicherstellte, die enorm vergrößerte Gallenblase. Punktion entleerte ca. 300 g gelblichen Eiters ohne Beimengung von Galle oder Steinen. Die Gallenblase wurde in die Wunde eingenäht und drainirt, die Bauchwunde etagenförmig geschlossen. Glatte, vollständige Genesung.

Hält auch L. für die Cholecystostomie die Laparotomie von vorn her für die Methode der Wahl, so hält er doch in Fällen, die ähnlich liegen wie der seinige, ein lumbares Vorgehen für gerechtfertigt. **Reichel** (Chemnitz).

40) **H. Handford and A. R. Anderson.** Perforation of a typhoid ulcer; operation; recovery.

(Brit. med. journ. 1898. Juli 23.)

Bei einem 27jährigen Pat. trat während eines Typhus am 33. Krankheitstage eine Perforation des Darmes ein. 22 Stunden nach dem ersten plötzlichen Einsetzender Schmerzen in der Bauchhöhle wurde die Laparotomie ausgeführt. Die bohnengroße Perforationsöffnung wird 3 Fuß vom Blinddarm entfernt beim Absuchen des Ileums gefunden und mit Lembert'schen Nähten geschlossen, die Därme und das Bauchfell durch Abtupfen mit nassen Schwämmen gereinigt. Heilung. **F. Krumm** (Karlsruhe).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. Sonnabend, den 18. März. 1899.

(Aus der Breslauer chirurgischen Klinik des Prof. Dr. Mikulicz.)

I. Über die Rolle des Bartes als Infektionsträger bei aseptischen Operationen.

Von

Dr. W. Hübener,

Assistenzarzt der Klinik.

Die Bestrebungen der letzten Jahre, für die Asepsis bei Operationen die weitgehendsten Garantien zu schaffen, sind durch die bekannten Flügge'schen Untersuchungen über die Verschleuderung bakterienreicher Tröpfchen aus dem Munde beim Sprechen etc. auf einen Weg gewiesen, der die Empfehlung von Operationsmasken durch Herrn Geh.-Rath Mikulicz auf dem vorjährigen Chirurgenkongress zur Folge hatte. Ich habe nachweisen können (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXVIII), dass die mit doppeltem feinen Mull bezogene Operationsmaske ihre Bestimmung,

die aus dem Mund beim Sprechen herausgeschleuderten Keime zurückzuhalten, fast ausnahmslos erfüllt[1].

Garrè hat nun in der Diskussion über den Mikulicz'schen Vortrag den Einwand gegen die Maske erhoben, dass sie bei Trägern eines Vollbartes durch Scheuern und Reiben auf dem Barte eine große Anzahl von Bartkeimen ablösen und auf das Operationsfeld streuen würde. Somit werde die Infektionsgefahr nicht nur nicht verringert, sondern im Gegentheil gesteigert.

Um diesen Punkt aufzuklären, habe ich mit liebenswürdiger Genehmigung von Herrn Geh.-Rath Flügge im hiesigen hygienischen Institut in folgender Weise Versuche angestellt.

In einem 3,2 cbm Raum enthaltenden Glaskasten, der nach allen Seiten hin luftdicht abgeschlossen und jeder Zeit durch Formalindämpfe leicht sterilisirbar war, ließ ich eine, einen Vollbart tragende Versuchsperson in einem bis an den Hals reichenden sterilisirten Operationsmantel über 7 Agarschalen, die in einer Höhe von ca. 50 cm vom Kinn entfernt auf einem Tisch standen, den Kopf während eines gewissen Zeitraums (10—15 Minuten) leicht hin und her bewegen, theils mit, theils ohne Maske.

Das Resultat der verschiedenen Versuche war folgendes:

Ohne Maske fanden sich zwischen 80 und 124 Keime auf den Agarplatten, mit Maske zwischen 55 und 122.

Das heißt mit anderen Worten, dass durch das Tragen einer Operationsmaske die Mengen der vom Bart auf das Operationsterrain gelangenden Keime nicht beeinflusst werden.

Darauf wiesen aber diese Versuche hin, dass in dem Bart selbst eine nicht zu unterschätzende Quelle von Infektionsmöglichkeiten gegeben ist, wie dies ja schon im Jahre 1886 von Garrè (Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte) betont worden ist.

Ich habe in den oben angeführten Versuchen nur auf die Quantität, nicht auch auf die Beschaffenheit der aufgegangenen Kolonien mein Augenmerk gerichtet. Wenn wir auch berechtigt sind, a priori anzunehmen, dass es meistens nur Hautepiphyten und ähnliche für den Wundverlauf harmlose Bakterien sein werden, die an den Barthaaren haften, so schließt das doch keinesfalls die Möglichkeit aus, dass auch einmal wirklich pyogene Bakterien sich daselbst finden können. Bei einem Katarrh werden leicht mit dem vermehrten Nasensekret pathogene Bakterien in den Schnurrbart und von hier

[1] Im vergangenen Sommer habe ich mitunter nach beendigten Operationen Theile des Mulls von getragenen Masken in Kochsalzlösung geschüttelt und durch Plattengießen die Menge der auf 2 qcm des Stoffs abgefangenen Bakterien zu bestimmen gesucht. Wie zu erwarten war, ergaben sich, je nachdem viel oder wenig gesprochen war, und je nach Dauer des Tragens verschiedene Zahlen. Unter Anderem wurden nach 1½stündigem Tragen einmal 170, nach 4stündigem sogar 220 Kolonien gefunden, während in anderen Fällen innerhalb 1 Stunde zwischen 4 und 17 Kolonien gezählt wurden. Dabei waren die verschiedenen Stellen des Mulls hinsichtlich der Zahl der aufgefangenen Mundkeime nicht gleichwerthig.

durch die über den gesammten Bart streichende Hand des Besitzers in den Backenbart gelangen; andererseits kann auch bei fehlendem Katarrh die mit Eitererregern behaftete Hand des Trägers einen Theil derselben daselbst deponiren.

Ich habe das in folgender einfacher Weise an mehreren Trägern eines Vollbartes unter den Ärzten unserer Klinik nachzuweisen gesucht.

Es wurde eine offene Agarschale etwa handbreit unter die Spitze des Bartes gehalten und mit einem sterilen Instrument einige Male über und durch den Bart gefahren. Der Erfolg war der, dass in 26 Fällen 11mal auf den Platten sich pyogene Kokken fanden, d. h. in 42,3% 3mal Staphylococcus pyogenes aureus, 8mal pyogenes albus, ersterer in vereinzelten Exemplaren, letzterer oft in recht großer Menge. Den Nachweis, dass es sich hierbei um echte pyogene Staphylokokken, und nicht um die eben so aussehenden harmlosen Luftkokken gehandelt hat, verdanke ich Herrn Stabsarzt Dr. Bischoff vom hiesigen hygienischen Institut, der vermittels einer eigenen neuen, demnächst zu publicirenden Methode diese recht mühsamen und Zeit raubenden Untersuchungen angestellt hat.

Die hier gefundene Zahl von 42,3% dürfte indessen nur als Minimum anzusehen sein. Da es nicht möglich ist, jede weiß gewachsene Kolonie einer so eingehenden Prüfung zu unterziehen, mag immerhin in dem einen oder anderen Fall das Vorhandensein von wirklichem pyogenen Staph. alb. übersehen sein. Die gelb gewachsenen wurden ausnahmslos untersucht.

Was die Anzahl der überhaupt auf die eine Agarplatte gefallenen Keime anlangt, so schwankte dieselbe im Allgemeinen zwischen 30 und 250, doch waren in 3 Fällen nur 7, 10 und 16 Kolonien zu verzeichnen.

Um diese Infektionsquelle auszuschalten, hat Garrè seiner Zeit empfohlen, vor Operationen sich den Bart mit Sublimatlösung anzufeuchten. Dies dürfte aber wohl nicht ausreichen; so wie die geringe Flüssigkeitsmenge verdunstet ist, was nicht lange dauert, so bestehen die ursprünglichen Verhältnisse wie vorher. Bardenheuer bedient sich, wenn ich recht unterrichtet bin, einer großen Tasche aus Leinen, in die er den Bart hineinsteckt, andere Operateure mögen sich wohl in anderer Weise helfen. Vulpius (Münchener med. Wochenschrift 1898 p. 19) trägt Kopfkappen, die nur die Augen frei lassen. Ein Band um den Hals und um die Stirn sichern das Festsitzen der Kapuzen. Er vereinigt so die von Herrn Geh.-Rath Mikulicz zuerst eingeführte Operationsmütze, die Mundmaske und den Bartschutz. Ich habe schon vor dieser Publikation gleich nach dem Chirurgenkongress an unseren Mundmasken eine Schutzhülle für den Bart anbringen lassen, wie sie in umstehenden Abbildungen veranschaulicht ist. Der Schleier besteht aus feinstem Battist und wird an die Maske angenäht. Das Ganze wird natürlich sterilisirt. Zwei an dem unteren Ende zu beiden Seiten angebrachte Bändchen werden vom Wartepersonal auf dem Nacken geknüpft.

Das Funktioniren dieser Schutzhülle erhellt aus folgenden Versuchen, die analog den oben angeführten angestellt wurden, indem mit einem sterilen Instrument entweder eine Zeit lang gegen die Bartumhüllung geklopft oder mit einer Pincette die Maske gefasst und mit sammt der Hülle auf Gesicht und Bart energisch herumgerieben wurde. Unter 18malen blieb 6mal die darunter gehaltene Agarplatte überhaupt steril, 5mal fand sich 1 Kolonie, 4mal 2 Kolonien, 2mal 3 Kolonien und 1mal 4 Kolonien vor.

Fig. 1.

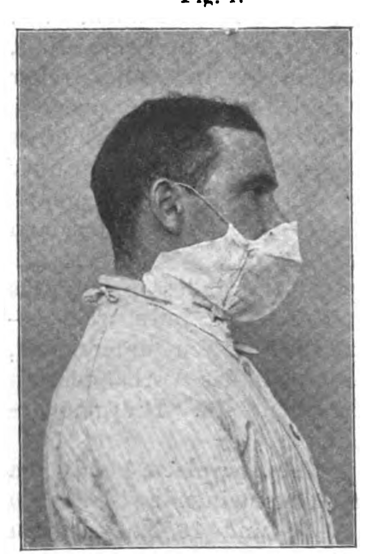
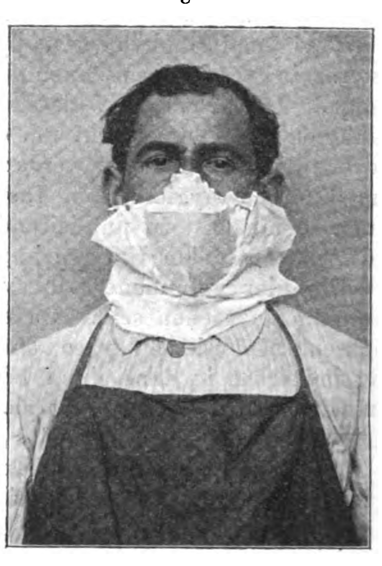


Fig. 2.



Wenn man berücksichtigt, dass während des Offenhaltens der Agarplatte sich auch Luftkeime darauf niederlassen können, so dürfte die Schutzwirkung dieser einfachen Vorrichtung wohl als vollkommen ausreichend anzusehen sein, um so mehr, als sie noch den Vortheil hat, leicht und luftig zu sein und ihren Träger nicht im geringsten zu belästigen. In der Breslauer chirurgischen Klinik wird diese Bartmaske von den bei aseptischer Operation beschäftigten barttragenden Herren, namentlich auch von Herrn Geh.-Rath Mikulicz seit vorigem Sommer getragen, ohne Belästigung hervorzurufen.

(Aus der chirurg. Univ.-Klinik zu Krakau. Vorstand: Dr. Rutkowski.)

II. Eine neue Methode der Harnblasendrainage nach hohem Blasenschnitt zur Verhütung der Harninfiltration.

Von

Dr. **Carl Kaczkowski.**

Die Ursache der meisten letalen Ausgänge nach Sectio alta ist unstreitig in der Harninfiltration zu suchen. Die Bestrebungen, dieser

Komplikation erfolgreich entgegen zu treten, lassen sich in 4 Richtungen hin verfolgen.

Man versuchte:

1) Die Blasenwunde durch eine Naht dicht zu schließen (zahlreiche Methoden der Blasennaht).

2) Die Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen den infiltrirenden Harn zu erhöhen (Vidal's zweizeitiger Schnitt, Sectio perineoplastica nach Langenbuch, Fixirung der Blasenwunde durch Naht an die Hautwundränder, Thermokauterisation, Auftragen von Salben und Bestäubung mit antiseptischen Pulvern).

3) Den Abfluss des Harns zu erleichtern (Verweilkatheter, Einführung von Drains durch die Wunde, Trendelenburg's[1] Röhre, Tube urethro-hypogastrique, Bloodgood's[2] Röhre, Cathart'sche[3] Verfahren, seitliche oder Bauchlagerung nach Trendelenburg, Boutonnière-urethrotomia externa nach Frère-Côme, in neuerer Zeit empfohlen von Keyes[4] und Burckhardt[5]).

4) Die toxischen Wirkungen des Harns herabzusetzen, die Mikroorganismen zu tödten (permanenter Durchfluss von Wasser oder antiseptischer Lösungen, permanentes Bad nach Sonnenburg, verschiedene Methoden der Irrigation).

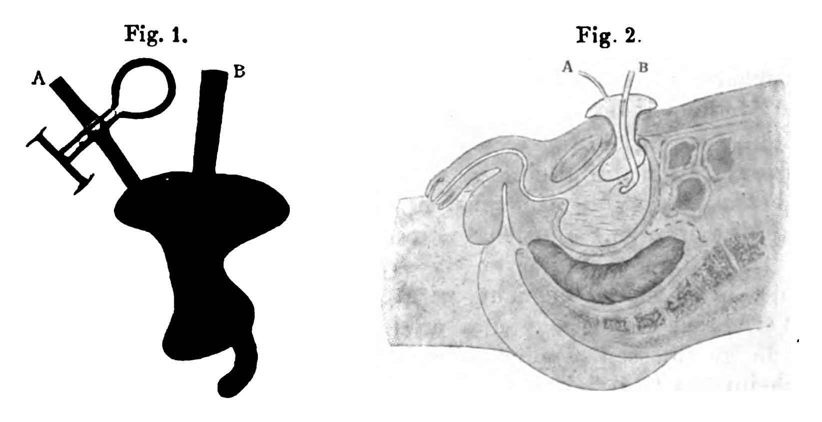
Meiner Ansicht nach genügt zur vollkommenen Verhütung der Harninfiltration die alleinige Anwendung einer von den angeführten Methoden nicht — sie müssen in der praktischen Anwendung kombinirt werden. In den ersten Tagen nach der Operation wäre das 1., 3. und 4. Verfahren in Anwendung zu bringen, wodurch lokal ein Zustand erreicht wird, welcher die Anwendung des 2. Verfahrens ermöglicht und erleichtert. Es soll also die Blasenwunde geschlossen werden, die Blase entleert, wo es erforderlich erscheint auch irrigirt werden, damit die Wucherung der Granulationen gefördert und dadurch die Widerstandsfähigkeit der Gewebe erhöht wird. Diesen Forderungen ist leicht durch Anwendung eines im Folgenden beschriebenen Apparates zu entsprechen. Der Apparat besteht aus einem Gummiballon und einem Bunsenschen Aspirator. Die Form des Ballons resultirt von einer ganzen Reihe von an Leichen hergestellten Gipsabgüssen der Harnblase und Operationswunden nach Sectio alta. Der Ballon ist aus zwei Theilen zusammengesetzt — aus einem unteren, welcher in der Blase, und aus einem oberen, welcher theils zwischen die Wundränder, theils auf die äußeren Bauchdecken zu liegen kommt. Beide Theile stehen vermittels eines schlanken Stiels mit einander in Verbindung. Der Ballon ist aus Gummi hergestellt und lässt sich leicht mit einer gewöhnlichen Wundspritze durch das Rohr (*A*) aufblasen. Durch den

[1] Berliner klin. Wochenschrift 1881. No. 1.
[2] Centralblatt für Chirurgie 1897. p. 238.
[3] Centralblatt für Chirurgie 1896. p. 280.
[4] Centralblatt für Chirurgie 1888. p. 533.
[5] Centralblatt für Chirurgie 1889. p. 737.

ganzen Ballon ist eine starrwandige, weitkalibrige Röhre durchgeführt, welche nach dem Durchtritt aus dem unteren Theil des Ballons gegen vorn gekrümmt ist. In diesem gekrümmten Abschnitt ist an der oberen, d. i. an der dem unteren Theil des Ballons zugewendeten Seite eine kleine Öffnung angebracht. Die Anwendung des Ballons geschieht auf folgende Weise:

Der zusammengerollte Ballon wird in die Operationswunde nach Sectio alta so eingeführt, dass der untere Theil desselben mit seinem tiefsten Abschnitt und dem Ende des Rohrs der Symphyse zugewendet in die Blase zu liegen kommt, der obere dagegen im Niveau der Bauchdeckenwundränder eingestellt bleibt. Nachher wird der Ballon mittels einer Wundspritze aufgeblasen. Der untere Theil des Ballons füllt genau das obere Blasensegment aus, hebt die Blasenwand empor und drückt dieselbe gegen die Bauchwand an, indess der obere Theil sich aus der Wunde erhebt und an den Bauchdecken entfaltet. Es wird also die Blasenwand der Bauchwand genähert,

Fig. 1. Fig. 2.



was eine dichte Schließung des Cavum praevesicale Retzii zur Folge hat und Verhältnisse schafft, die genaue Adhäsionen der Blase mit der Bauchwand ermöglichen. Das Rohr *B* wird mittels eines Gummischlauchs mit einem größeren Glasgefäß verbunden — es geschieht dies durch eine von den beiden im oberen Verschluss des Gefäßes steckenden Glasröhren. Das 2. Rohr wird mit einem Bunsen'schen Aspirator verbunden. Der starke Fall des aus einer Leitung zugeführten Wassers bewirkt das Entstehen eines bedeutenden Druckunterschiedes in der Blase und dem Glasgefäß — in Folge dessen ein Abfließen des Harns in das Gefäß. Es wird also der sich in der Blase ansammelnde Harn tropfenweise in das Glasgefäß aspirirt. Nachdem die Blase sich entleert hat, kontrahiren sich ihre Wände um den Ballon. Die Gefahr, es möchte dabei die eng anliegende Schleimhaut die Katheteröffnung verlegen, ist bei Anwendung meines Apparates fast völlig ausgeschlossen. Die in Betracht kommende Öffnung befindet sich nämlich an der dem unteren Theil des Ballons zugewendeten Seite des Rohrs. Obwohl die Blase sich um den

Ballon eng kontrahirt, bleibt doch stets zwischen letzterem und dem Rohr ein freier Raum übrig, aus welchem der Harn tropfenweise aspirirt wird, in so fern der Druck in der Blase die Höhe des atmosphärischen nicht übersteigt. Letzterer Zustand tritt z. B. bei sehr heftigen Hustenstößen ein. Unter solchen Umständen könnte es geschehen, dass der Harn in minimaler Menge neben dem Ballon abfließen würde, wobei er aber nicht in den prävesikalen Raum, wo der Druck auch gestiegen ist, sondern nach außen gelangen müsste. Der aus Gummi hergestellte Ballon kann leicht steril gemacht werden. Nach seiner Einführung wird ein gewöhnlicher aseptischer Verband angelegt, welcher nur das Rohr *B* nach außen durchlässt. Wenn die Blasenwunde zu groß ist, wie z. B. nach Steinextraktionen, wird sie theilweise durch Naht geschlossen.

Der Ballon entspricht also genau den 2 an ihn gestellten Anforderungen: 1) schließt er die Blase so dicht, dass die Möglichkeit eines Eintritts von Harn in den prävesikalen Raum fast ausgeschlossen ist, und 2) entleert er genau die Blase. In Fällen, wo permanente Irrigationen angezeigt sind, genügt es, einen Verweilkatheter durch die Harnröhre einzulegen und ihn mittels eines dünnen Gummischlauchs mit einem, eine antiseptische Lösung enthaltendem Gefäß zu verbinden. Die Spülflüssigkeit wird nachher durch das Rohr entfernt. Der mit dem Aspirator kombinirte Ballon erfüllt folgende Aufgaben:

1) Er schließt die Blasenwunde genau und verhindert eine Infektion der Blase von außen her.

2) Er verhindert den Eintritt von Harn in die Wunde und den prävesikalen Raum, fördert also die Wucherung von Granulationen.

3) Er nähert die Blasenwand den Bauchdecken, was ein Zustandekommen von exakten Adhäsionen zur Folge hat.

4) Er leitet genau den Harn ab, so dass der angelegte Verband völlig trocken verbleibt.

5) Er erlaubt auf sehr bequeme Weise permanente Irrigationen auszuführen, wodurch er nicht nur einer Harninfiltration, sondern auch einer Pyelonephritis, zu deren Zustandekommen eine Stagnation von Harn in der Blase viel beiträgt, mit voller Sicherheit vorbeugt.

Bis nun hatte ich Gelegenheit, den Apparat nur in einem Falle anzuwenden; der überaus günstige Erfolg bewog mich, das Verfahren zur allgemeinen Kenntnis zu bringen.

Der Fall betraf einen 56jährigen Mann, bei welchem nach Einführung eines Fremdkörpers in die Blase eine unter sehr heftigen Erscheinungen ablaufende ulceröse Cystitis auftrat. Nach ausgeführter Sectio alta wurde der Ballon in die Wunde eingelegt und mit einem Aspirator verbunden. Durch letzteren floss beständig Wasser aus der Leitung. Da die schon vor der Operation bestehenden Schmerzen und der Drang nicht wichen, wurde ein Verweilkatheter eingelegt und auf dessen freies Ende ein Gummirohr aufgesteckt, welches in eine lauwarme Borsäurelösung tauchte. Kurz nach Ausführung der Irrigationen schwanden die Schmerzen, der Kranke fühlte eine große Erleichterung. Der Verband blieb

gänzlich trocken. Die Irrigationen währten Tag und Nacht, der Apparat funktionirte ohne besondere Aufsicht tadellos. Nach 2 Tagen wurden die Irrigationen eingestellt. Als der Bunsen'sche Apparat zu stark aspirirte, drang Luft in die Blase, was jedoch beim Kranken kein schmerzhaftes Gefühl erzeugte. Der Apparat funktionirte überhaupt zu meiner vollsten Zufriedenheit. Die Wunde blieb durch die ganze Zeit rein, es bildete sich kein Belag, es lösten sich keine nekrotischen Gewebsfetzen ab, am 3. Tage wurden die ersten Granulationen sichtbar. Am 9. Tage bedeckte sich die Wunde mit kräftigen Granulationen, man konnte also, ohne eine Harninfiltration zu befürchten, den Apparat entfernen. Da aber nach Entfernung des letzteren der abfließende Harn fortwährend die der Wunde angrenzenden Hautpartien benetzte, wurde ein, ebenfalls mit einer Luftpumpe verbundener Pezzer'scher Katheter eingelegt. Bei diesem Verfahren ließ sich aber ein Durchtränken der deckenden Verbandstoffe nicht vermeiden. 4 Tage nach Entfernung des Ballons heilte die Wunde so weit, dass die ausfüllenden Granulationen ringsum den Katheter umschlossen, worauf letzterer entfernt wurde. Durch weitere 2 Tage floss der Harn durch die Wunde. Am 17. Tage nach der Operation Entleerung durch die Harnröhre. Am 31. Tage nach der Operation wurde der Kranke mit vollkommen geheilter Wunde aus der Klinik entlassen.

Die Ballons werden nach meiner Angabe von der Firma Dr. Block in Bodenbach (Böhmen) zum Preise von 3 fl. 30 kr. hergestellt. Luftpumpen verschiedener Systeme sind von der Firma Rohrbeck in Wien zum Preise von 80 kr. aufwärts zu beziehen.

---

1) **M. Jakowski.** Über Thrombosen infektiösen Ursprungs.

(Gaz. lekarska 1898. No. 40.)

Durch 2 Fälle angeregt, in welchen es im Anschluss an eine Torsion des S Romanum das eine Mal und einer Paratyphlitis das andere Mal zu multiplen Thrombosen gekommen war, beschloss Verf. auf dem Weg des Experiments nachzuforschen, in wie fern Bakterien bezw. deren Produkte im Blut kreisen und unter begünstigenden Umständen, also namentlich bei Läsion des Endothels oder einer retardirten Blutcirkulation, Thrombenbildung veranlassen können. Er wählte hierzu das Bacterium coli commune bezw. dessen Toxine, welche er Kaninchen und Meerschweinchen sowohl intravenös als auch subkutan injicirte.

Von 6 Thieren, welchen Kulturen injicirt worden waren, bildeten sich bei 4 an der Stelle der Läsion des Endothels (durch längeren Druck) geschichtete, bakterienhaltige Thromben. Nur bei 2, bei welchen der durch die Pincette ausgeübte Druck ein ganz kurzer war, kam es zu keiner Thrombose. Von den anderen 6 Thieren, welchen Toxine injicirt worden waren, kam es nur bei 2 zur Thrombosirung.

Trzebicky (Krakau).

---

2) **A. Predieri** (Pavia). L'embolia d'aria nelle operazioni chirurgiche.

(Clinica chirurgica 1898. No. 5—8.)

Anknüpfend an einen Fall von Lufteintritt in eine Vene während einer Operation mit interessanten Folgeerscheinungen erörtert P. ausführlich das Thema des Lufteintritts und der Luftembolie.

Ein 69jähriger Mann wurde wegen einer großen sarkomatösen Geschwulst in der rechten Halshälfte von Mazzuchelli operirt. Chloroformnarkose. Beim Versuch, die V. jugularis interna zu unterbinden, welche eben so wie die A. carotis communis in der Neubildung verschwindet, reisst jene ein, und es ergießt sich ein Blutstrom über das Operationsfeld. Bevor noch das Gefäß gefasst werden kann, tritt unter gurgelndem Geräusch Luft ein. Für den Augenblick ist nichts Abnormes auffällig. Beim Anlegen der Klemme wiederholt sich das Geräusch, der tief narkotisirte Pat. schlägt um sich, die Respiration steht still, der Herzschlag wird unfühlbar. Unter künstlicher Respiration beginnen nach etwa 30 Sekunden wieder beide Funktionen und sind nach 3 oder 4 Minuten normal. Die Operation wird beendet. Da zeigt es sich beim Erwachen, dass Pat. auf der linken Körperhälfte vollständig gelähmt ist. — Die Paralyse hält etwa 12 Stunden an, bessert sich von da ab allmählich und ist nach 2 Tagen gänslich verschwunden. Nach 4 Wochen Heilung und Entlassung.

Nur 3 Fälle mit nachfolgender Lähmung sind sonst bekannt: leichte Paresen in zweien, Hemiplegie in einem. Zur Erklärung des Zustandekommens der Lähmung rekurrirt P. auf eine Luftembolie der motorischen Centren nach Passage der Luft durch den kleinen Kreislauf. (Die Frage einer kapillaren Apoplexie in Folge der plötzlichen Druckschwankung und des Blutverlustes, insbesondere bei dem 69jährigen Pat., lässt der Autor ganz bei Seite. Ref.)

Die theoretischen Auseinandersetzungen, welche sich mit der Erörterung der Bedingungen für den Lufteintritt in die Venen und für das Zustandekommen des Geräusches, mit der Bedeutung des Blutverlustes, mit der Mechanik der Luftembolie, schließlich mit etwaigen therapeutischen Vorkehrungen beschäftigen, beschränken sich auf ausführliche Wiedergabe und Kritik der Litteratur, ohne neue Gesichtspunkte zu bringen. **J. Sternberg** (Wien).

---

3) **Schleich.** Schmerzlose Operationen. Örtliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes. IV. verbesserte und vermehrte Auflage.

Berlin, **Julius Springer,** 1899. 303 S.

Das nunmehr wohl allbekannte Buch des Verf. hat seit vergangenem Jahre eine neue »verbesserte und vermehrte« Auflage erfahren, ein Beweis für die Ausbreitung und Anerkennung seiner Lehre und Methode. Wesentliche Verbesserungen hat Ref. nicht feststellen können. Er kann daher auf das verweisen, was er über die 3. Auflage gesagt hatte. (cf. Centralblatt 1898 No. 21.)

Vermehrt, aber ganz gewiss auch nicht verbessert ist der 2. Theil der 4. Auflage hauptsächlich durch Polemik gegen eine Reihe anderer Autoren.

Die zum Theil spöttische und wenig sachliche Art und Weise, mit welcher Verf. gegen Kollegen vorgeht, die sich gleichfalls in sehr dankenswerther Weise theoretisch und praktisch mit der Frage der lokalen Anästhesie beschäftigt haben, ist im höchsten Grade zu verwerfen. (Vgl. pp. 163, 166, 171—173, 274 ff. u. A.!)

Est ist nur zu verwundern, dass Verf. nicht selbst auf die Idee kommt, dass solche, bisher nicht allgemein übliche Angriffe und Polemiken ihm und seiner gewiss guten Sache mehr schaden als nützen. Eine Kritik und Nachprüfung von anderer Seite kann Verf. aber scheinbar nicht vertragen. Er hält sein Werk, das ihm Niemand streitig machen will, für durchaus vollkommen und über jede Kritik erhaben. Es ist hier nicht der Raum, in eine Diskussion über gewisse Streitfragen einzutreten. Dieselbe wird wohl an anderer Stelle von den betreffenden Autoren eröffnet und weiter geführt werden. Ref. wollte lediglich auf die neue Auflage aufmerksam machen, bedauert aber im Interesse der guten Sache, sich nicht der obigen Kritik haben enthalten zu können. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

4) **Lancereaux.** Traitement des anévrismes par la gélatine, en injections sous-cutanées.

(Bull. de l'acad. de méd. 1898. No. 45.)

Redner hat den Übergang der subkutan oder intraperitoneal injicirten Gelatine experimentell nachgewiesen. Die Zusammensetzung ist: weiße Gelatine 4—5 g, Kochsalzlösung (7 : 1000) 200 ccm. Die Lösung wird in einem Ballon sterilisirt, auf 37° erwärmt und in einer Menge von 560 g unter die Haut innerhalb einer Viertelstunde injicirt. Gleich nach der Injektion ist absolute Ruhe nothwendig, ein Palpiren des Aneurysmasackes verboten. Dieses Verfahren ist alle 6—7 Stunden bis zur Obliteration des Sackes zu wiederholen. Geht ein wichtiges Gefäß kollateral vom Sack ab, so sind schwächere Lösungen, 1—1,5 : 100 in Zwischenräumen von 8—10 Stunden einzuspritzen. (S. dies. Blatt p. 264.) **Borchard** (Posen).

---

5) **Huchard.** Injections gélatineuses et régime alimentaire dans le traitement des anévrismes.

(Bull. de l'acad. de méd. 1898. No. 46.)

6) **Laborde.** Traitement des anévrismes par la gélatine en injection sous-cutanée.

(Ibid.)

Verf. bekennt sich als Anhänger der Methode, die berufen ist, in der Behandlung der Aneurysmen große Dienste zu leisten. Es müssen jedoch die Gefahren nicht unberücksichtigt bleiben und verschiedene Vorsichtsmaßregeln, Bettruhe, Diät (Milchdiät) angewandt werden. —

L. verwirft die subkutane und intraperitoneale Methode als irrationell und will an ihre Stelle die direkte Injektion in den Aneurysmasack setzen. **Borchard** (Posen).

---

7) **A. J. Martin.** La lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux occupés par les tuberculeux.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. August.)

Eine Desinfektion ist sicher bei vielen Formen der chirurgischen Tuberkulose (Eiterungen, Nieren- und Blasentuberkulose, Darmtuberkulose) eben so wichtig wie bei der Lungentuberkulose. Desshalb soll hier auf das obige Thema hingewiesen werden, das M. auf dem Congrès de la tuberculose (27. Juli bis 30. August) besprach. M. weist ziffernmäßig nach, dass seit 1892 die Mortalität in Paris von 23‰ auf 19‰ gesunken ist, dass Dank der Einrichtung der öffentlichen Desinfektion die Mortalität an epidemischen Krankheiten den 3. Theil der vorangegangenen Periode beträgt, und dass die Inanspruchnahme der öffentlichen Desinfektionseinrichtungen in Fällen von Tuberkulose in stetem Wachsthum begriffen ist: von 4541 in 1892 auf 10194 in 1897 und 6970 im 1. Halbjahr 1898.

Sonstige Einzelheiten des Vortrags enthalten nichts Neues.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

8) **Ceccherelli.** Intorno allo terapia delle tuberculosi osteoarticolari.

(Gazz. med. di Torino 1897. No. 50.)

Bei einer Durchsicht seiner Resultate in der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose fand C. die bekannte Thatsache neu bestätigt, dass oft in Anfangs besonders schweren Fällen eine dauernde Heilung eintrat, während bei Anfangs gutem Resultat der schließliche Ausgang doch ein schlechter war, theils durch Recidiv, theils durch Funktionsstörungen. Das liegt in der Natur der Tuberkulose begründet. Es kommt darauf an, möglichst früh den tuberkulösen Herd so zu beeinflussen, dass die Bacillen entweder entfernt oder abgekapselt oder vom Organismus überwunden werden müssen. Dahin gehört aber auch die Allgemeinbehandlung. Daher ist C. zwar Anhänger konservativer Behandlung im Anfangsstadium, räth aber radikal vorzugehen, sobald sie nicht auch frühzeitige Resultate giebt. Er erinnert an das Wort v. Volkmann's, dass hier die Operationen um so besser verliefen, je weniger sie nothwendig erschienen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

9) **M. Motta.** Sulla cura delle osteo-artriti e sinoviti articolari tubercolari particolarmente nei bambini e nei ragazzi.

(Arch. di ortopedia 1898. No. 4.)

M. berichtet über die Erfahrungen von 14 Jahren. Tuberkulose der Wirbelsäule über 400 Fälle. Möglichst lang ausgedehnte Bettruhe in immobilisirenden Apparaten, Reklination, Barwell'sche Schlinge, später Korsetts mit Achselstützen, über Modell gearbeitet. Sayre'scher Jurymast wird verworfen. Bei Senkungsabscessen wurde nur punktirt, wenn heftige Schmerzen oder drohende Perforation vor-

lagen. Jodoforminjektionen wurden ebenfalls nur dann gemacht. Selbst bei langdauernder Paraplegie hat M. sich zu operativen Eingriffen nicht entschließen können. Auch bei den Gelenktuberkulosen wurde streng konservativ verfahren, so lange nicht Fisteln bestanden. Dann wurden principiell Eingriffe gemacht; wesentlich Auskratzungen und partielle Resektionen; sonst langdauernde Immobilisirung; bei der Hüfte wird der Rumpf bis möglichst zur Höhe der Brustwarzen eingegipst. Von 2—300 Fällen wurden nur 2 resecirt, und da, wo M. von Anfang an die Behandlung leitete, nur 2mal Abscesse erlebt. Die Resultate entsprächen den von Bruns mitgetheilten Erfahrungen, doch werden genauere Zahlen nicht angegeben. Bei Knochentuberkulosen wurden häufig mit gutem Erfolg Chlorzinkinjektionen nach Lannelongue verwandt. Die Bier'sche Methode kam nicht zur Anwendung.

E. **Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

10) **E. Mehnert.** Über die klinische Bedeutung der Ösophagus- und Aortenvariationen. (Mit 2 Tafeln und 4 Zinkätzungen.)

(v. Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie Bd. LVIII. Hft. 1.)

M. erklärt, dass die Anatomie sich bisher nur sehr wenig mit den Variationen der einzelnen Körperorgane beschäftigt habe, obgleich deren eine unendliche Reihe existiren. Schon Darwin habe diese individuellen Verschiedenheiten gekannt und sie nicht als regellose Abnormitäten angesehen, sondern er habe erkannt, dass es auf der einen Seite atavistische Rückschlagsformen, auf der anderen dagegen zu ihrer Vervollkommnung gebildete Organe seien. Speciell ist nun auf die Altersveränderungen hinzuweisen, die in großer Breite vorkommen.

Interessant ist jedenfalls, zu sehen, wie von den verschiedenen Klinikern und Anatomen schon die normalen Verhältnisse an der Speiseröhre verschiedenartig beurtheilt werden. M. sucht alle diese Unterschiede möglichst zu ergründen und zu erklären. Besondere Aufmerksamkeit schenkt er dabei der Frage, ob die Speiseröhre einen geradlinigen oder gekrümmten Verlauf nimmt, und ist bestrebt, die ungemein mannigfaltigen Annahmen über enge Stellen in derselben zu klären. Er selbst kommt dabei zu dem Schluss, dass ringförmige physiologische Engen zwar am häufigsten an 3 Stellen, nämlich am Anfang und Ende wie in der Bifurkationspartie vorkommen, dass sie aber auch im ganzen Verlauf der Speiseröhre auftreten können. Er unterscheidet im Ganzen 13 Engen und erklärt ihre Entwicklung und morphologische Bedeutung aus mechanischen Ursachen durch Kompression schon während des Fötallebens, welche eine mangelhafte Entfaltung der betroffenen Abschnitte bedinge. So bleibt nach seiner Ansicht die ursprüngliche, durch metamere Einschnürungen hervorgerufene Form der Speiseröhre erhalten.

Von dem, was Verf. über die Entwicklung der Aorta thoracica und ihre Varietäten sagt, erscheint mir besonders betonenswerth das Studium der Momente, welche zu einer Aortenenge führen können. Klinisch ist dabei hervorgehoben, wie diese Verhältnisse speciell bei Kindern und alten Leuten zu beachten sind, wo Fremdkörper in der Speiseröhre eingekeilt sind und extrahirt werden sollen.

Eine Enge der Speiseröhre von 11 mm liegt nach M.'s Anschauung noch innerhalb der physiologischen Breite. Erst dann also, wenn Sonden von 1 cm Durchmesser beim Erwachsenen nicht passiren, kann man von einer Verengerung sprechen.

Was der Autor noch über Extraktionsversuche und das Hinunterstoßen von Fremdkörpern sagt, was über die Verätzungsstrikturen berichtet wird, sei neben den vielen anderen interessanten und lehrreichen Punkten der Arbeit der Lektüre anempfohlen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

11) **P. Assmy.** Über den Einfluss der Durchtrennung motorischer Nerven auf die Narbenbildung bei extramedianen Bauchschnitten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

Um zu ergründen, von welchen Momenten das Entstehen von Bauchbrüchen nach extra-medianem Laparotomieschnitt abhängig ist, hat Verf. bei einer Anzahl Versuchsthieren je einen Schnitt in der Mitte des Rectus durch sämmtliche Bauchwandschichten angelegt und sodann unter Anwendung verschiedener Nahtmethoden vereinigt. Nach einem Zeitraum von 1—6 Monaten wurden die Thiere getödtet und die Narbe untersucht. Es fand sich nun durchweg eine Atrophie des medialen Rectustheiles, welche mikroskopisch dieselben Bilder zeigte, wie sie von Nathan und Rindskopf als Muskelatrophie nach Nervendurchschneidung beschrieben worden sind. Übereinstimmend hiermit konnte Verf. auch in einem Falle von postoperativem Bauchbruch am Menschen nachweisen, dass der median von der Narbe gelegene Muskelabschnitt vollkommen atrophirt war, während der laterale wenigstens theilweise erhalten blieb. Hieraus zieht A. den wohl berechtigten Schluss, dass bei extra-medianem Laparotomieschnitt Bauchbrüche nicht allein durch einfache Narbendehnung, sondern wesentlich auch dadurch hervorgerufen werden, dass die Endäste der Interkostalnerven, welche den Rectus versorgen, durchschnitten werden, der Muskel demzufolge atrophirt und dem intraabdominellen Druck nicht mehr zu widerstehen vermag.

Honsell (Tübingen).

---

12) **F. B. Turck.** A new operation for gastrostomy and one for curettement of carcinoma of the cardia.

(Brit. med. journ. 1898. November 19.)

Die »neue« Methode der Gastrostomie wurde von T. schon 1894 erdacht, später experimentell erprobt und 3mal am Lebenden aus-

geführt. Sie besteht im Princip in einer Klappenbildung durch Einnähen einer Kanüle in die vordere Magenwand und Übernähen von Falten. Der Vortheil vor der Frank'schen und Witzel'schen Methode soll in der rascheren Ausführbarkeit und der sicheren Kontinenz bestehen.

Bei gewissen Fällen hält es T. für vortheilhaft, durch Ausschaben der carcinomatösen Cardia oder des unteren Endes der Speiseröhre die Stenose zu beseitigen und die Ernährung auf natürlichem Weg wieder zu ermöglichen. Er hat zu diesem Zweck ein Instrument herstellen lassen, das aus einem dünnen Cylinder mit kugeligem vorderen Ende aus Elfenbein besteht; am Cylinder sind schmale, stumpfe Messerchen im spitzen Winkel und schräg zur Achse des Cylinders befestigt. Der untere Theil des Cylinders ist in einer engen Hülse befestigt, welche an einem biegsamen Stiel dirigirbar ist; das Instrument wird in die Gastrostomiewunde eingeführt und durch äußere Manipulationen nach der Cardia geleitet, wo es dann bei drehenden Bewegungen wie ein Bohrer wirkt, die gesunden Gewebe aber unverletzt lässt.

Die Indikation der Anwendung beschränkt sich auf Fälle, in denen das Carcinom nahe der Cardia sitzt und eine wirkliche Geschwulst von einer gewissen Größe darstellt. T. hat seine Cardiacurette »zum mindesten in einem Falle mit einigem Erfolg angewandt«.

F. Kramm (Karlsruhe).

---

13) **Dieulafoy.** Exulceratio simplex. L'intervention chirurgicale dans les hématémèses foudroyantes, consécutives à l'exulcération simple de l'estomac.

(Presse méd. 1898. No. 6.)

In dieser äußerst lehrreichen und interessanten Arbeit lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf eine Form von Magengeschwür, welche gewissermaßen als das Anfangsstadium des Ulcus simplex Cruveilhier's bezeichnet werden kann und nur in einer mehr oder weniger ausgedehnten Exulceration der Schleimhaut besteht. Dieselbe begreift nur die Schleimhaut mit ihrer Muscularis, kann aber durch Arrosion einer kleinen Arterie der Muscularis mucosae zu eben so großen, vielleicht sogar häufiger als das tiefer gehende Ulcus rotundum, und tödlichen Blutungen führen. Verf. hat selbst 2 derartige Fälle beobachtet, von denen einer durch Operation gerettet wurde; er führt ferner 5 Fälle, zum Theil nach persönlichen Mittheilungen, an, von denen ebenfalls mehrere operirt wurden, aber ohne Erfolg, weil man die oberflächliche Ulceration während der Operation nicht gefunden hatte. Zahlreiche Abbildungen veranschaulichen diese Beobachtungen.

Was die Frage anlangt, wann ein solcher Kranker dem Chirurgen übergeben werden soll, so sieht Verf. die Indikation zur Operation in der Größe der Blutung. Verliert ein Kranker auf einmal $^1/_2$—1—2 Liter Blut, und wiederholen sich diese Hämatemesen 2—3mal innerhalb 24 Stunden, so ist keine Zeit zu verlieren; Pat. muss

operirt werden. Eben so auch, wenn durch allzuhäufig eintretende kleinere Blutungen der Zustand ein bedrohlicher wird. Die Art der Operation wird von der Größe und der Art des Geschwürs abhängen. D. schlägt für diese, noch nicht beschriebene Form des Magengeschwürs, deren Kenntnis aber gerade wegen ihrer Besonderheiten für den Chirurgen von großer Wichtigkeit ist, den Namen »Exulceratio ventriculi simplex« vor. Er räth in Fällen, wo der Operateur das vermuthete Geschwür mit Verwachsungen, harten Rändern, großem Substanzverlust etc. nicht findet, die Innenfläche des Magens gründlich zu inspiciren, ev. mit einer Lupe, um jene oberflächlichen, meist aber ausgedehnten Schleimhautulcerationen zu finden und anzugreifen. Cazin, welcher den einen Fall des Verf. glücklich operirte, hatte einen 10 cm langen Schnitt in den Magen gemacht, denselben ganz umgestülpt und so die vom Verf. vermuthete Stelle gefunden. Häufig macht sich dieselbe an der Außenwand des Magens durch Ekchymosen bemerkbar, welche thrombosirten Venen ihren Ursprung verdanken. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

14) **Ricard.** Sur une observation de gastrostomie communiquée par M. Loison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 439.)

Im Anschluss an das Referat über eine von Loison erfolgreich ausgeführte Gastrostomie bespricht R. die verschiedenen Methoden der Anlegung der Magenfistel und empfiehlt besonders das von Loison benutzte, von ihm selbst in 4 Fällen erprobte Verfahren Fontan's. Fontan legt den Magen mittels eines 8 cm langen, dem Rippenbogen in einer Entfernung von 2 cm parallel laufenden Schnittes bloß, zieht ihn mit einer Pincette stark nach außen vor, so dass ein konischer Zipfel die Bauchwunde überragt, und fixirt nun die Basis dieses Zipfels exakt durch Naht an die Wundränder der Serosa parietalis, so dass dadurch die Bauchhöhle abgeschlossen wird. Darauf drängt Fontan die Spitzen des Kegels mit der Pincette nach der rechten Magenlichtung zu, stülpt also die Magenwand nach Art eines Handschuhfingers um und fixirt die jetzt einander berührenden Serosaflächen rings um die in der Achse des Hohlkanals liegende Pincette. Erst jetzt durchbohrt er nach Rückziehen der Pincette die Spitze des Hohlkanals mit einem feinen Messer und führt ein Gummirohr in den Magen ein.

R. zieht es vor, den Magen vor der Invagination des Conus zu eröffnen, da das Messer in der Tiefe leicht nicht gewollte Verletzungen machen kann. — (Im Endresultat kommt das Verfahren ganz auf die von Kader angegebene Methode der Anlegung einer Magenfistel hinaus, mit dem Unterschied, dass Kader den Magen erst nach der Fistelkanalbildung an die Bauchwand näht; doch wird der Name Kader's von den Autoren gar nicht erwähnt. Ref.)

Reichel (Chemnitz).

---

15) Tuffier. Résection du pylore.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 448.)

T. verfuhr in einem Falle von Pylorusresektion erfolgreich in folgender Weise: Er machte zunächst die Gastroenterostomie nach v. Hacker, vernähte aber dabei die durch das Gekrösloch vorgezogene Magenwand sehr genau und fest mit dem Mesocolon. Erst dann schritt er zur Resektion des Pylorus. Als Vortheile eines solchen Vorgehens rühmt er, dass man die Gastroenterostomie vor der Pylorusresektion ganz sicher aseptisch machen könne, und dass eine Zerrung der Naht während der Fortnahme des Pylorus nicht stattfinde, da der Zug sich auf das Mesocolon überträgt.

Reichel (Chemnitz).

---

16) F. Terrier et A. Baudouin. La suture intestinale.

Paris, **Institut de bibliographie scientifique,** 1898.

Die Verff. haben mit außerordentlichem Fleiß und großer Sorgfalt ein Bild von der Geschichte der Naht am Intestinalkanal gegeben, von alter Zeit bis auf die Neuzeit. Die Darstellung wird illustrirt durch gute und instruktive Abbildungen. Über die Bedürfnisfrage lässt sich ja streiten, um so mehr, als vor Kurzem in demselben Verlag das Jeannel'sche Buch über Darmchirurgie erschienen ist, das ähnliche Zwecke verfolgt wie das vorliegende, nur in etwas weiterem Umfang. Vielleicht giebt es aber doch Chirurgen, denen eine Orientirung auf dem so stark gewachsenen Specialgebiet erwünscht ist; dieselben werden das Werk willkommen heißen und bei der Lektüre ihre Rechnung finden. Druck und Ausstattung sind sehr gut, der Werth des Buches wird noch erhöht durch ein sorgfältig gearbeitetes Litteraturverzeichnis.

H. Lindner (Berlin).

---

17) R. v. Baracz. Experimenteller Beitrag zur Frage der totalen Darmausschaltung mit totalem Verschluss der ausgeschalteten Darmschlinge, zugleich Beitrag zur axialen Darmvereinigung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 1.)

Die Frage, ob die totale Darmausschaltung mit blinder Vernähung beider Enden beim Menschen eine erlaubte Operation sei, hat schon wiederholt zu lebhaften Kontroversen geführt. Während Obaliński und B. selbst für die Möglichkeit eintraten, hielten Andere, wie Reichel, Narath, Hochenegg u. A. m. das Verfahren für unzulässig. Zur wiederholten Prüfung der von gegnerischer Seite geltend gemachten Gründe schritt Verf. zu neuen Experimenten.

Diese Experimente bewiesen nun, dass eine bedeutende Menge kothähnlichen Inhalts in der ausgeschalteten Schlinge producirt wird, und dass darin reichlich Bakterien vorhanden sind.

Es entstehen ganz wesentliche Veränderungen der ausgeschalteten Darmwand, follikuläre Geschwüre, Sugillationen, Gan-

grän, Durchlässigkeit der Wandung für pathogene Mikroorganismen und Perforationen in die Bauchhöhle mit consecutiver Peritonitis. Eine Berstung der ausgeschalteten Darmschlinge kann noch nach sehr langer Zeit eintreten, so dass die vorläufigen Erfolge, die bei einigen Fällen erzielt wurden, trügerisch sind und noch spät schädlicher Wirkung Platz machen können.

Aus neueren Veröffentlichungen über den bekannten einschlägigen Fall von Obaliński ist übrigens ganz der gleiche Schluss zu ziehen, wenn auch dieser Autor selbst dieser Ansicht sich nicht völlig anschloss. B. und mit ihm wohl nunmehr jeder vorurtheilsfreie Beobachter verurtheilt desswegen die Anwendung des Obaliński'schen Verfahrens der totalen Darmausschaltung als eine lebensgefährliche und unerlaubte Operation. Als rationelles Verfahren ist nach B.'s Ansicht die totale Darmausschaltung mit Fistelbildung anzusehen. Doch ist auch diese auf vereinzelte Fälle zu beschränken. Den Vorzug verdient die Enteroanastomose. Besonders üble Erfahrung hat B. ferner mit der Einklemmung von Darmschlingen in dem entstehenden Gekrösschlitz gemacht. Auf Vermeidung dieses Vorkommnisses ist besonders Gewicht zu legen. Kann der Schlitz nicht vernäht werden, so ist in einer durch Zeichnung gut skizzirten Weise der ausgeschaltete Darm zum Verschluss desselben zu benutzen.

Mit diesen zahlreichen Experimenten ist wohl ein für alle Mal der Nachweis geführt, dass der Eingangs erwähnte Eingriff ein unerlaubter ist, und damit dürfte die totale Darmausschaltung mit Vernähung der Enden aus der Liste der Operationen gestrichen sein.

In dem 2. Theil der Arbeit finden die Methoden der Darmnaht für die axiale Vereinigung eine eingehendere Besprechung. Verf. hält für besonders vortheilhaft die Anwendung des Landerer'schen Verfahrens, in dem er nur statt der von jenem angegebenen Kartoffelcylinder Kohlrübenplatten benutzt. Speciell in Verbindung mit der Invagination der zuführenden Darmschlinge in die abführende scheint ihm diese Methode geeignet, die Czerny-Lembert'sche Darmnaht zu ersetzen, da sie sicher und schnell zum Ziel führt. Gegenüber dem Murphyknopf führt sie zu wesentlich breiterer Vereinigung von Serosaflächen. An beigegebenen Zeichnungen sind die Heilresultate nach der Natur geschildert. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

18) **L. Conitzer** (Hamburg). Über die Behandlung der Afterschrunde (Fissura ani) mit Ichthyol.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 3.)

C. hat das bereits von van der Willigen zu obigem Zweck empfohlene Ichthyol in mehreren Fällen von Fissura ani mit bestem Erfolg in der Weise angewandt, dass er Anfangs 1—2mal täglich, später seltener, ev. nach vorheriger Cocainisirung, das unverdünnte Präparat auf den Riss auftrug; die Heilung erfolgte in mehreren Tagen. **Kramer** (Glogau).

---

19) **W. T. Thomas.** An operation for haemorrhoids.

(Brit. med. journ. 1898. November 26.)

T. empfiehlt die Abtragung der inneren und äußeren Hämorrhoiden mit der Schere mit nachfolgender Naht, da ihm dieselbe viel eher eine primäre Heilung gewährleistet und die Gefahr der Blutung verhütet. Für innere Hämorrhoiden wendet er dabei eine Art fortlaufende Naht an, bei der jedoch mit doppelt eingefädeltem Katgutfaden genäht und die Fäden bei der Kreuzung geknüpft werden. Die Naht wird nach Abtragung des Knotens über einer Klemme angelegt. T. hat 45 Pat. in dieser Weise operirt; bei durchschnittlich 8tägiger Bettruhe war der Erfolg stets ein guter.

F. Krumm (Karlsruhe).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Rudolfinerhause in Wien.)

Zwei Fälle von Lufteintritt ins Herz.

Von

Dr. **Julius Sternberg,** I. Sekundararzt.

Im Anschluss an das Referat über die Arbeit von A. Predieri »Über Luftembolie bei chirurgischen Eingriffen« (s. p. 328 in dieser Nummer) möchte ich die folgenden, gut beobachteten Fälle von Lufteintritt ins Herz zur Kenntnis bringen Sie ereigneten sich bei Operationen von Strumen, also in einer als gefährlich bekannten Gegend. Beide Male konnte man sich von der Anwesenheit der Luft im Herzen, der Dauer derselben und von den sehr interessanten und seltenen akustischen Erscheinungen genau überzeugen; und in beiden Fällen handelte es sich um eine vorübergehende Erscheinung. Das Phänomen verschwand nach verhältnismäßig kurzer Zeit; in dem einen Falle, nachdem es gelungen war, eine kurz dauernde Asphyxie zu überwinden.

I. Frau J. F., 68 Jahre alt, anämisch, sehr abgemagert. Herz und Lungen bieten normalen Befund. Die rechte Halsseite wird von einem faustgroßen, sehr derben, grobhöckerigen Tumor eingenommen, durch welchen die Trachea stark nach links verdrängt ist. Der Tumor bewegt sich beim Schlucken nach aufwärts. Die Haut über dem Tumor ist von breiten Venen durchzogen. Geringe Heiserkeit.

Am 16. Mai 1895 Operation (Gersuny) in Narkose mit Billroth'scher Mischung.

Nach Durchschneidung der Haut zeigt es sich, dass der Tumor mit dem M. sternocleidomastoideus innig verwachsen ist. Nach Durchtrennung des Muskels und Unterbindung zahlreicher stark erweiterter Venen wird der Versuch gemacht, den Tumor auszuschälen. Es gelingt aber nur, die Geschwulst, welche die ganze Umgebung ohne scharfe Grenze zu durchsetzen scheint, in Stücken zu exstirpiren.

Bei dem Versuch, den gegen das Schlüsselbein gewucherten Theil herauszuheben, wird auch das tiefere Bindegewebsstratum mit den Gefäßen mitgezogen. Plötzlich ist ein kurzes, lautes Zischen an der Operationsstelle hörbar. Digitalkompression der angerissenen und blutenden Vena jugularis externa.

Bei der Auskultation des Herzens ist ein die Töne begleitendes lautes, gurgelndes Geräusch vernehmbar. Auch die Umstehenden können es bei größter Ruhe hören.

Die Inspirationen erfolgen sehr oberflächlich, Pulszahl 65. Das erwähnte Geräusch ist nach etwa einer Minute verschwunden. Das Aussehen der Pat. schien

unverändert. Der Puls blieb auch nachher verlangsamt, arhythmisch. Die Auskultation der Lunge ergiebt über dem rechten Oberlappen etwas Knisterrasseln.

Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformdocht, Drainage. Nach dem Erwachen keinerlei abnorme Erscheinungen; in den nächsten Tagen ist der Puls ziemlich kräftig.

Nach der Entfernung der Tamponade am 5. Tage beginnt äußerst übelriechende Sekretion. Die Pat. wird rasch hinfällig, hustet blutiges, jauchiges Sekret aus und erliegt einer Pneumonie am 30. Mai 1895. Die Obduktion ergab Usur der Trachea und Bronchopneumonie. Der Tumor war ein in Carcinom übergegangenes Adenom der Schilddrüse.

II. Frau M. K., 55 Jahre alt. Kräftige, gut genährte Frau mit regelmäßiger kräftiger Herzthätigkeit, etwas erschwerter, doch nicht erheblich behinderter Athmung. Die rechte Hälfte des Halses durch eine derbe, gegen die Thoraxapertur an Größe zunehmende, unregelmäßig geformte Geschwulst um etwa 3 Finger breiter als die linke. Der Kehlkopf wenig aus der Mittellinie verdrängt. Durch Perkussion lässt sich die Fortsetzung der Geschwulst unter das Sternum erschließen. Die oberflächlichen Venen rechterseits nicht erheblich verändert. Herzdämpfung bis an die Medianlinie. Respirationsgeräusche stellenweise von einzelnen Rhonchis begleitet. Stimme modulirend.

Am 13. Juli 1895 Operation (Gersuny) in Narkose mit Billroth'scher Mischung.

Kragenschnitt nach Kocher, Ligatur der Hautvenen an beiden Wundrändern; quere Spaltung der glattgezogenen Schultergürtel-Zungenbeinmuskeln nach präventivem Abklemmen der großen, zum Theil stark gefüllten Venen der oberflächlichen Bindegewebsräume; Ligatur dieser Gefäßstümpfe. Die Schilddrüsengeschwulst, gleichmäßig derb-elastisch, grob gelappt, kann nun durch Druck von hinten außen mehr herausgedrängt werden. Es scheint, dass der obere Pol der Drüse wenig verändert ist; darum erfolgt die Ligatur der Art. thyr. inf. bezw. ihrer zugänglichen Äste, der sich die Resektion der Geschwulst, die Trennung des Isthmus und das Herausheben des substernalen Antheils, welcher etwa 5 cm dick ist, anschließt. Die Blutung ist mäßig, die Arterien und Venen werden zumeist präventiv abgeklemmt und umstochen, zum Theil nachträglich gefasst und ligirt.

Als der retrosternale Kropf gehoben und dabei das lockere Zellgewebe der Umgebung, blutig suffundirt, mit herausgezogen wurde, hörten wir, deutlich mit den gleichmäßigen, fast lautlosen Athemzügen der Pat. kontrastirend, in der Gegend des Operationsfeldes ein leises, weich schlürfendes und dabei helles Geräusch von der Dauer eines kurzen Athemzugs. Zugleich mit dem Gedanken an Lufteintritt in eine Vene war auch schon das Operationsfeld mit einem Tupfer komprimirt, das hervorgezogene Bindegewebe abgeklemmt, der Kropf entfernt.

Indessen hatte die Respiration der Pat. ausgesetzt, das Gesicht war leichenblass geworden, die Lippen und Zunge blau, die Corneae matt, die Pupillen maximal dilatirt. Nur die Herzaktion blieb erhalten, der Puls sehr klein, kaum fühlbar, die Zahl und der Rhythmus der Schläge wechselnd, so dass in einer Minute 70 und 120 gezählt wurden.

Die Auskultation des Herzens bot folgenden Befund: In der Systole, die an dem eben tastbaren Spitzenstoß sich deutlich markirte, hörte man — ohne den Ursprung exakt lokalisiren zu können — lautes, plätschernd-gurgelndes Rauschen, am ehesten dem Geräusch vergleichbar, welches beim Entleeren einer theilweise mit Luft gefüllten Spritze unter Wasser entsteht. Dieses Geräusch nahm von der Systole aus an Intensität ab und verstärkte sich synchron mit dem nächsten Spitzenstoß rasch wieder. Herztöne sind nicht hörbar. Die anwesenden Ärzte und Pflegerinnen konnten das Geräusch auch auf ansehnliche Distanz vom Körper deutlich erkennen.

Diese Erscheinung hielt in wechselnder Intensität etwa 3 oder 4 Minuten an. Von deutlichem Einfluss auf den ganzen Symptomenkomplex waren die natürlich sofort eingeleiteten Wiederbelebungsversuche. Die Kranke wurde, während ein Assistent die Wunde exakt komprimirt hielt, mit herabhängendem Kopf quer über

den Tisch gehalten, die **Silvester**'schen Bewegungen ausgeführt, Nasenschleimhaut und Lippen mit Eisstückchen bestrichen, an der Brustapertur links und am gleichseitigen Rippenbogen die Elektroden für einen kräftigen faradischen Strom applicirt, besonders aber während der Athembewegungen intensive »Herzmassage« (**Maass-König**) gemacht. Diese letztere schien von ganz eklatanter Wirkung: Man konnte sich davon genau überzeugen, dass immer nach raschem, kräftigen Beklopfen der Herzgegend die Herzaktion sich verlangsamt hatte, der Puls kräftiger geworden war und die Athmung sich wieder in Gang setzte. Auch die akustischen Phänomene waren in so fern geändert, als das leisere, gleichmäßigere Brodeln während der häufigen, schwachen Kontraktionen in ein gleichsam koncentrirteres, lauteres Sprudeln überging.

Das Aussehen der Kranken hatte sich im Beginn der geschilderten Manipulationen gar nicht geändert. Erst nach einiger Zeit — es mögen vielleicht 3 Minuten vergangen sein — färbten sich die Lippen, die Corneae begannen wieder zu glänzen und die Pupillen zu reagiren.

Mit den künstlichen Athembewegungen wurde noch einige Zeit fortgefahren, bis die Respiration spontan und kräftig eingesetzt hatte. Die Geräusche im Herzen verloren allmählich an Intensität und waren mit der Wiederkehr der normalen, etwas blässeren Hautfarbe und gleichmäßiger, kräftiger Herzthätigkeit verschwunden.

Die Operation wurde rasch beendet, indem der komprimirende Tupfer vorsichtig durch Jodoformdocht ersetzt und die oberflächlichen Schichten — Haut und Muskeln — mit einigen Nähten darüber geschlossen wurden.

Ins Bett zurückgebracht, erbrach die Operirte bald bei halbem Bewusstsein, wobei die Herzthätigkeit wieder etwas unregelmäßig wurde. Neuerliche Faradisation löste tiefe Athemzüge aus, und der Puls besserte sich.

Im weiteren Verlauf fiel nichts Bemerkenswerthes vor; die Kranke verließ am 2. Tage das Bett; am 5. Tage wurde der Tampon entfernt und durch ein Drainrohr die Höhle offen gehalten. Die histologische Untersuchung ergab ein Adenom der Schilddrüse. Am 5. August 1895 konnte Frau K. mit granulirender Wunde entlassen werden. Sie erlag etwa 1 Jahr später einem rapid wuchernden und exulcerirenden Uteruskrebs. Dieser war zu spät entdeckt worden, so dass schon am 17. December 1895 in unserer Anstalt nur noch eine Exkochleation als Palliativum vorgenommen werden konnte.

Unsere Fälle schließen sich in Bezug auf die Einzelheiten der Erscheinungen den wenigen bisher bekannten an.

Dagegen ist sonst von therapeutischen Maßnahmen kaum etwas mitgetheilt, sei es, weil die Erscheinungen keinen so bedrohlichen Charakter angenommen hatten und rasch vorübergegangen waren, wie in unserem Falle I, sei es, weil in den Fällen mit tödlichem Ausgang der plötzliche Respirationsstillstand und seine Bekämpfung die ganze Handlungsweise des Chirurgen beeinflusste.

Ich möchte darum nochmals auf den auffallend günstigen Einfluss der Herzmassage[1] im Fall II hinweisen.

Wenn wir versuchen, ihre Wirkungsweise zu analysiren, drängen sich die folgenden Erwägungen auf. Die in die Vene eingedrungene Luft ist rasch im rechten Ventrikel erschienen und von hier in den Lungenkreislauf gebracht worden. Gleichzeitig mit dem sofortigen Respirationsstillstand ist auch die Energie der

[1] Von einer Besprechung der »Herzmassage« und ihrer Mechanik (cf. **Maass**, Die Methode der Wiederbelebung bei Herztod nach Chloroformeinathmung. Berliner klin. Wochenschrift 1892 p. 265 und **König**, Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie, Berlin 1889 p. 62 und XXII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin 1893 Bd. I. p. 21. Diskussion) sehe ich hier ab. Die Methode hat sich uns als eine zuverlässige noch jedes Mal bewährt und muss als eine überaus dankenswerthe Bereicherung unserer wenigen therapeutischen Maßnahmen bei Collapsen bezeichnet werden. Es scheint jedoch, dass sie noch zu wenig bekannt ist und nur selten rechtzeitig Anwendung findet. Auch die neueren Werke über Narkose erwähnen sie nur flüchtig oder gar nicht.

Herzthätigkeit erheblich gesunken und die Frau anscheinend agonal gewesen. Es muss wohl unentschieden bleiben, ob es in den Lungen zu kapillaren Embolien gekommen ist, welche die Apnoë verursacht haben, oder ob diese und die Herabsetzung der Herzkraft als eine reflektorische, durch mechanische oder chemische Reizung des Endokards im rechten Herzen erzeugte, angesehen werden muss.

Durch Ausführung des erwähnten Handgriffs haben nun die Kontraktionen des Herzmuskels bedeutend an Intensität gewonnen. Dieser Umstand hat sich in der veränderten Pulsqualität klar gezeigt. Und mit der fortschreitenden Hebung der Herzkraft fielen allmählich die übrigen Symptome fort.

Es ist nun anzunehmen, dass die kräftigen Herzkontraktionen den Inhalt der Höhlen des rechten Herzens unter stärkeren Druck gesetzt haben als die schwachen gleich nach dem Lufteintritt. Gemäß den Gesetzen von Mariotte und Henry, dass die Gewichtsmenge eines von einer Flüssigkeit absorbirten Gases — abgesehen von der Temperatur und seiner Coercibilität — dem Drucke proportional ist, unter welchem das Gas steht, wurde nun mit jeder Kontraktion mehr Luft im Herzen, und vielleicht auch in den Lungenarterien, ins Blut aufgenommen. Dadurch wurde auch die Passage des Bluts durch die Kapillaren des Lungenkreislaufs wesentlich erleichtert, wenn nicht überhaupt möglich gemacht.

Je häufiger dies geschah, und je öfter sich kräftige Herzschläge zwischen die schwachen, unvollkommenen Kontraktionen einschoben, desto rascher wurde die Abfuhr der Luft aus dem Herzen in der Richtung des Kreislaufs besorgt. Damit wurden fernerhin die Reizwirkungen auf das Endokard langsam ausgeschaltet.

Endlich soll nicht unberücksichtigt bleiben, dass die absorbirte und vielleicht chemisch anders als die Blutgase gebundene Luft im Sinne v. Fleischl's Theorie der Wirkung des Herzstoßes auf die Respiration unter den kräftigen Erschütterungen der Blutsäule leicht an die exspirirende Oberfläche der Lungenalveolen abgegeben werden konnte.

Welchem der erwähnten möglichen Vorgänge eine besondere Rolle zuzuweisen wäre, kann wohl nicht erörtert werden; wahrscheinlich haben sie vereinigt dazu beigetragen, die Folgen des Lufteintritts zu beseitigen.

Ich glaube also, dass es in erster Linie dem Versuch, die Kraft der Herzthätigkeit zu steigern, zu danken ist, dass die Pat. wieder ins Leben zurückgerufen wurde.

Ob auch die forcirten Exspirationsbewegungen im Stande waren, einen Theil der eingedrungenen Luft, so weit er noch im Venensystem sich befand, wieder durch die Wunde hinauszudrücken, wie es H. Fischer und Heineke annehmen, konnte objektiv wegen der Tamponade der Wunde nicht nachgewiesen werden.

---

20) O. Pfeilsticker. Ein zusammenlegbarer, transportabler Operationstisch.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 3.)

Der aus Eisenstäben und einer abknöpfbaren starken Drillplatte bestehende Tisch, nebst Fußstücken, Kopf- und Kniestützen lässt sich in einer Segeltuchtasche transportiren und hat ein Gewicht (mit letzterer) von ca. 20 kg, einen Preis von etwas über 70 Mark. (Medicinisches Waarenhaus in Berlin.) Die Aufstellung geschieht leicht, die Festigkeit scheint ausreichend zu sein; er lässt sich auch zu gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen verwenden.

Kramer (Glogau).

21) Schneider. Deux cas de localisation secondaire du bacille d'Eberth.

(Presse méd. 1898. No. 61.)

In einem Falle wurde durch die Widal'sche Reaktion Typhus festgestellt, nachdem man zunächst ein Malariatyphoid diagnosticirt und mit Chinineinspritzungen

behandelt hatte. Im Laufe der Behandlung entwickelten sich an den Stichstellen im Hypochondrium zwei große indolente Abscesse, deren Eiter Bacillen enthielt, die alle Eigenschaften des Eberth'schen aufwiesen. In dem 2. Falle entstand während der Rekonvalescenz eines Typhus ein Hydarthros cubiti. Es wurden einige Kubikcentimeter Eiter aspirirt, welcher denselben Bacillus in Reinkultur enthielt.

Die beiden Fälle beweisen, dass der Typhusbacillus Eiter erregen kann, sich mit Vorliebe an Stellen niederlässt, welche, wie hier, durch ein Trauma geringere Widerstandsfähigkeit besitzen, und endlich Gelenkaffektionen hervorrufen kann.

Tschmarke (Magdeburg).

22) Brun et Renault. L'hématome sous-périosté chez les enfants. Maladie de Möller-Barlow.

(Presse méd. 1898. No. 4.)

Verff. führen 6 einschlägige Beobachtungen aus dem »Hôpital des Enfants-Malades« auf und knüpfen daran eine eingehende Besprechung der Symptome und vor Allem der Differentialdiagnose. Bei letzterer kommt namentlich in den ersten Tagen, wo mehr oder weniger stürmische allgemeine Erscheinungen die Anschwellung an diesem oder jenem Gliede begleiten, Osteomyelitis in Betracht. Nur eine Probepunktion kann häufig den Arzt aus der Verlegenheit retten. In den späteren Tagen nach Beginn der Erkrankung ist an Knochentuberkulose, Syphilis, Osteosarkom zu denken. Der weitere günstige Verlauf dieser Hämatome steht aber im Widerspruch mit dem Stationärbleiben oder der Verschlimmerung jener Leiden.

Die mitgetheilten Fälle müssen zu jenen gerechnet werden, welche unter mannigfachem Namen, wie Möller-Barlow'sche Krankheit, Kinderskorbut, akute oder hämorrhagische Rachitis beschrieben worden sind. Die besonders von früheren Autoren beobachteten Zahnfleisch- und Blasenblutungen, Purpura und Ekchymosen haben zur Einführung jener Namen beigetragen. Verff. unterwarfen der Reihe nach diese Hypothesen einer Kritik und kommen zu dem Schluss, dass diese subperiostalen Hämatome im Kindesalter in den allermeisten Fällen nur Begleiterscheinungen einer Fraktur sind, sei diese komplet oder inkomplet; das prädisponirende Moment dazu sei die Rachitis. Die Skiaskopie hat sie bei Kindern im Stich gelassen wegen der Unmöglichkeit, dieselben ruhig zu halten. Solche Frakturen sind aber wiederholt bei derartigen Hämatomen bei Kindern nachgewiesen worden, die an interkurrenten Krankheiten zu Grunde gegangen waren, so auch von Barlow selbst. Bei Erwachsenen hat die Skiagraphie während des Lebens die richtige Diagnose gestellt, wie an 2 Fällen erläutert und durch ein Röntgenbild illustrirt wird.

Tschmarke (Magdeburg).

23) Mosbacher (Bochum). »Aneson« als Ersatz des Cocains in der Schleich'schen Infiltrations- und der Oberst'schen regionären Anästhesie.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 3.)

M. hat das noch ziemlich theure Aneson (Acetonchloroform) in der in den Handel kommenden 1—2%igen Lösung (v. Vámossy) als prompt wirkendes, ungiftiges, keinen Nachschmerz hinterlassendes Anästheticum zu den im Titel angegebenen Zwecken bewährt gefunden.

Kramer (Glogau).

24) v. Zander (Berlin). Ein großer Fremdkörper in der Speiseröhre.

(Charité-Annalen 1898. p. 501.)

Ein 3,5 cm im Durchmesser haltender Thaler wurde gelegentlich mit Bier verschluckt und mittels Skiaskopie in Höhe des Vertebralansatzes der 3. Rippe in der Speiseröhre festgestellt. Mit dem Münzenfänger gelang die Entfernung, dagegen war der Fremdkörper mit dem Ösophagoskop nicht zu sehen, und mit der Metallsonde nicht zu fühlen gewesen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

25) Roemheld. Impermeable Ätzstriktur des Ösophagus bei einem 4jährigen Knaben. Heilung durch retrograde Sondirung von einer Gastrostomiewunde aus. (Aus der Universitätskinderklinik zu Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 46.)

Dem im Titel Angegebenen ist nur hinzuzufügen, dass sich die Ätzstriktur unmittelbar über der Cardia befand, und die retrograde Sondirung systematisch erst $1/2$ Jahr nach Ausführung der Gastrostomie gegenüber der Cardia vorgenommen werden konnte; 1 Jahr später wurde die Magenfistel plastisch geschlossen. Heilung nach mehreren Nachoperationen. **Kramer** (Glogau).

26) Tricomi. La cura radicale dell' ulcera dello stomaco in corso di evoluzione.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1898. No. 177.)

T. will bei Magengeschwüren nicht bloß bei Komplikationen eingreifen, sondern auch in gewöhnlichen Fällen dann, wenn die Diagnose sicher ist, und die socialen Verhältnisse eine innere Behandlung unmöglich machen. Er zieht einen Vergleich mit der Operation unkomplicirter Hernien. Die Gastroenterostomie nach Roux zieht er der Pyloroplastik und Resektion vor. Er hat unter 21 Fällen nur einen verloren, unter weiteren 29 Fällen der Litteratur sind 4 gestorben. Die Gesammtmortalität beträgt demnach 10%. **Dreyer** (Köln).

27) J. Campbell. A case of operation for perforated gastric ulcer.

(Brit. med. journ. 1898. Juli 16.)

Eine 35jährige Pat., welche vor Jahren vielfach Magenbeschwerden gehabt hatte, erkrankte wieder mit solchen — Besserung unter Diät —; nach Aufnahme einer Abendmahlzeit, bestehend aus Haferbrei und Milch, erwachte Pat. 2 Stunden später aus dem Schlaf in Folge eines intensiven Schmerzes in der Magengrube; 2 weitere Stunden später konstatirte der herbeigerufene Arzt Rigidität der Bauchmuskeln, starken Druckschmerz im Epigastrium, 2mal Erbrechen; Leberdämpfung vorhanden. 14 Stunden nach dem ersten Auftreten des Schmerzes wegen Ansteigens von Temperatur und Pulsfrequenz unter Fortdauer der Schmerzen und Tympanie — Laparotomie; vordere Magenwand von milchiger Flüssigkeit bedeckt. Zweipfennigstückgroße Perforation nahe der kleinen Curvatur und dem Pylorus. Excision der Ränder, Naht der Magenwunde, Drainage der Bauchhöhle, Bauchnaht. Heilung. **F. Krumm** (Karlsruhe).

28) Kolaczeck. Zur Frage der totalen Magenresektion.

(Vortrag, gehalten in der medicinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. 13. Mai 1898.)

(Sonder-Abdr. aus der Allgemeinen med. Centralzeitung 1898. No. 19.)

K. hat einer 49jährigen Frau wegen Carcinoms am 20. December 1897 7 Achtel des Magens entfernt. Operation, unter Lokalanästhesie begonnen, musste wegen heftiger Beschwerden beim Vorziehen des Magens in Chloroformnarkose zu Ende geführt werden. Der abhängigste Theil der Magenwunde wurde mit dem Duodenum vereinigt. Ernährung in den ersten 4 Tagen durch den Mastdarm, dann auf gewöhnlichem Wege. Heilung. $1/2$ Jahr nach der Operation gutes Befinden, Gewichtszunahme 10 kg. An die Demonstration des Präparats knüpft K. eine Reihe allgemeiner Bemerkungen, die nichts Neues enthalten. [Es ist dringend zu wünschen, dass nicht immer wieder ausgedehnte Partialresektionen mit Totalexstirpation des Magens zusammengeworfen werden; eine Fortnahme von $7/8$ ist eben keine totale Entfernung. Dass solche ausgedehnte Resektionen, bei denen nur ein kleiner Magenstumpf am Ösophagus zurückbleibt, sehr gut vertragen werden, ist längst festgestellt; wie Schuchardt uns gelehrt hat, kann sich dabei ein recht ansehnliches Reservoir neu bilden. Zur Zeit interessirt uns das Studium

der Verhältnisse bei totaler Exstirpation mit Vereinigung von Speiseröhre und Dünndarm, wie in Schlatter's Fall. Ref.] **H. Lindner** (Berlin).

29) **A. E. Barker.** A new suture for the intestine, mesentery etc. (Brit. med. journ. 1898. Juli 16.)

B., der die Naht allen Knopf- und sonstigen Verschlussmethoden vorzieht, hat einen Nadelhalter konstruirt, der gleichzeitig eine »kleine chirurgische Nähmaschine« darstellt. Seine Vortheile bestehen darin, dass nur einmal vor der Operation eingefädelt werden muss, dass die Nadel, auch die feinste, in einfacher Weise in jedem Winkel zum Nadelhalter befestigt werden kann, dass sowohl die einfachen Knopfnähte, wie fortlaufende Nähte — besonders von der Art der gewöhnlichen Nähmaschinenstichnähte — mit demselben leicht angelegt werden können. Der Nadelhalter besteht aus zwei schmal auslaufenden flachen Blattgriffen, zwischen denen 3 Räder befestigt sind, auf denen das Nahtmaterial aufgewickelt ist; die Räder können mit der umfassenden Hand gedreht und so die Fadengebung regulirt werden; der Faden verläuft gedeckt zwischen den schmalen Blattenden zur Nadel, die am Ende dieser Blattenden durch eine einfache Schraubendrehung befestigt wurde. Die beiden Blatttheile können leicht aus einander genommen und gekocht werden. Die Seide wird in Karbollösung gekocht, nass auf die Räder aufgewickelt, und der zusammengestellte Nadelhalter dann — geladen — in absolutem Alkohol aufbewahrt. **F. Krumm** (Karlsruhe).

30) **Payr.** Pankreascyste, seltene Topographie, Operation und Heilung. (Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 26.)

19jährige Pat. erleidet beim Radfahren ein heftiges Trauma in der Magengrube. 2 Monate darauf Magendrücken, Koliken und Erbrechen. 14 Tage später eine rasch an Größe zunehmende, Anfangs kleinapfelgroße Geschwulst zwischen Schwertfortsatz und Nabel. Im Verlauf von 4 Monaten mehrmaliges periodisches Verschwinden der Geschwulst unter gleichzeitigem Auftreten von Diarrhöen (weißliche Flocken und Fetzen im Stuhl; Fett?) starke Abmagerung und Kräfteverlust. Probepunktion (v. Hoffer) ergab Flüssigkeit von dunkelbraunrother Farbe, schwach alkalisch, deutliche Zuckerreaktion, enthält ein Ferment von sehr stark saccharificirender Wirkung. Nachdem so die Diagnose auf Pankreascyste gestellt war, wurde in der chirurgischen Klinik von Nicoladoni die Operation vorgenommen. Die Cyste lag zwischen Leber und Magen, erstere oberhalb, letzteren unter sich habend, ragte stark aus der Bauchhöhle hervor, reichte nach hinten an die Gegend des Pankreasschwanzes; dieselbe ist frei in die Bauchhöhle entwickelt, an ihrer Oberfläche nur mit Serosa bedeckt.

Da wegen der Anheftungsverhältnisse an der hinteren Bauchwand an eine Exstirpation nicht gedacht werden konnte, wurden zunächst durch Punktion $3^1/_2$ Liter Flüssigkeit abgelassen, die Öffnung abgeklemmt und in die Bauchhöhle eingenäht. Drainage. Nach 5 Wochen bestand nur noch eine etwa 4 cm lange Fistel. Sekretion war sehr gering. Gewichtszunahme um 20 Pfund.

Nach eingehender Würdigung der topographischen Verhältnisse kommt P. zu dem Schluss, dass in dem vorliegenden Falle die Cyste aus dem Netzbeutel durch das Foramen Winslowi ihren Weg in die freie Bauchhöhle genommen habe. Es wäre dies erst der 2. beobachtete Fall einer derartigen Lokalisation der Cyste (der 1. von Albert publicirt). Die Lage der Cyste zwischen Leber und Magen ist bisher nur 9mal beschrieben worden und daher im Vergleich zur Zahl der an anderer Stelle entwickelten Cysten selten und als »abnorm« (Körte) aufzufassen. In 2 von diesen Fällen wurde eben so wie in dem vorliegenden die Lage der Cyste bereits vor der Operation festgestellt. Bezüglich der Ätiologie weist P. auf das vorangegangene Trauma hin. **Hübener** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. **Sonnabend, den 25. März.** **1899.**

XXVIII. Chirurgenkongress.

Um möglichst rasch nach alter Weise im Centralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden. ***Richter.***

I. Eine neue Nahtmethode bei der Radikaloperation der Hernien ohne bleibend versenkte Nähte.

Von

Dr. Ignaz Link

k. und k. Stabsarzt in Lemberg.

Dieselbe unangenehme Erfahrung, welche die meisten Chirurgen bei der Radikaloperation der Hernien gemacht haben, dass die versenkten Seidennähte in sehr vielen Fällen nachträglich auseitern und dadurch den Verlauf dieser harmlosen, segensreichen Operation trüben und vielleicht hier und da ihren Erfolg in Frage stellen, haben auch mich veranlasst, nach einer Nahtmethode zu suchen, welche geeignet wäre, diesem Übelstand zu begegnen, ohne dabei die Seide als Nahtmaterial aufgeben zu müssen.

Ich muss nämlich bemerken, dass ich zum Katgut als Nahtmaterial wegen der Unsicherheit seiner Sterilisirung kein Vertrauen besitze, es daher seit einer Reihe von Jahren gar nicht benutze und nur mit Seide nähe auf die Gefahr hin, hier und da eine Auseiterung derselben in Kauf zu nehmen.

Nach langer Überlegung und nach genauem Studium diesbezüglicher Versuche anderer Chirurgen wie auch des in No. 3 des Centralblatts für Chirurgie im laufenden Jahre von Prof. Jonnesco in Bukarest veröffentlichten, mir sehr umständlich erscheinenden Verfahrens kam ich auf die Idee, ein Verfahren einzuschlagen, welches in einfacher Weise die Anlegung und Entfernung der Seidenfäden aus der Operationswunde gestattet und habe dasselbe bei meiner 120. vor 2 Wochen ausgeführten radikalen Herniotomie angewendet und als sehr praktisch befunden.

Ich will nicht unerwähnt lassen, dass ich, ausgenommen in 16 Fällen, in denen ich nach Kocher operirt, stets und genau nach Bassini operire und seine Methode als allen anderen Operationsmethoden überlegen betrachte.

Da ich die Operation nach Bassini erst seit 1895 übe, so maße ich mir nicht an, schon jetzt ein definitives Urtheil über ihren bleibenden Werth fällen zu dürfen.

Ich will mit einem solchen Urtheil zurückhalten, bis ich nach Jahren mich überzeugt haben werde, wie viele der von mir operirten Fälle bleibend recidivfrei geblieben sind, und wie viele nicht.

Im Laufe meiner langjährigen chirurgischen Thätigkeit machte ich die Wahrnehmung, dass die tief liegenden versenkten Seidennähte viel seltener auseitern als die oberflächlich gelegenen.

In keinem einzigen Falle habe ich es erlebt, dass der Seidenfaden, welcher den Bruchsackstumpf abschließt und in die Bauchhöhle versenkt wird, ausgeeitert wäre.

Auch ist es mir nicht begegnet, dass bei Abbindung selbst großer Netzstücke sich die Seide je nachträglich abgestoßen hätte; dagegen bemerkte ich nur zu oft, dass die Eiterung in den Stichkanälen der Haut beginnt und von hier aus auf die tieferen Nahtschichten übergreift.

Dies erklärt sich sehr einfach aus dem Umstand, dass die Stichkanäle der Haut der Infektion nur zu sehr ausgesetzt sind.

Wie schwer es aber ist, trotz der genauen Desinfektion der Haut der Leistengegend einer Infektion vorzubeugen, ist zur Genüge bekannt und, insbesondere bei dieser Operation, auch erklärlich, weil die unmittelbare Nachbarschaft der Genitalien es nicht gestattet, diesen Körpertheil durch einen Verband so gut abzuschließen wie z. B. den Kopf oder die Extremitäten.

Mein Bestreben ging nun dahin, die tieferen Nahtschichten bei der Bassini'schen Operation derart anzulegen, dass es ermöglicht wird, die Seidenfäden zu einer Zeit, in welcher man eine sichere Verklebung der Wundränder voraussetzen kann, in toto und mit Leichtigkeit zu entfernen, und dadurch einer etwaigen Stichkanaleiterung der Haut die Gelegenheit zu entziehen, sich auf die tieferen Nahtschichten fortzupflanzen.

Zu diesem Behuf müssen die tieferen Nahtschichten in fortlaufender Weise angelegt und ihre Nahtenden weit von der Wunde zur Hautoberfläche hinausgeleitet werden.

Ich übergehe die Schilderung der einzelnen Phasen der Bassini'schen Operation als genügend bekannt und beginne mit dem Stadium der Nahtanlegung. Die nachstehende Skizze soll zum besseren Verständnis das zu beschreibende Verfahren illustriren.

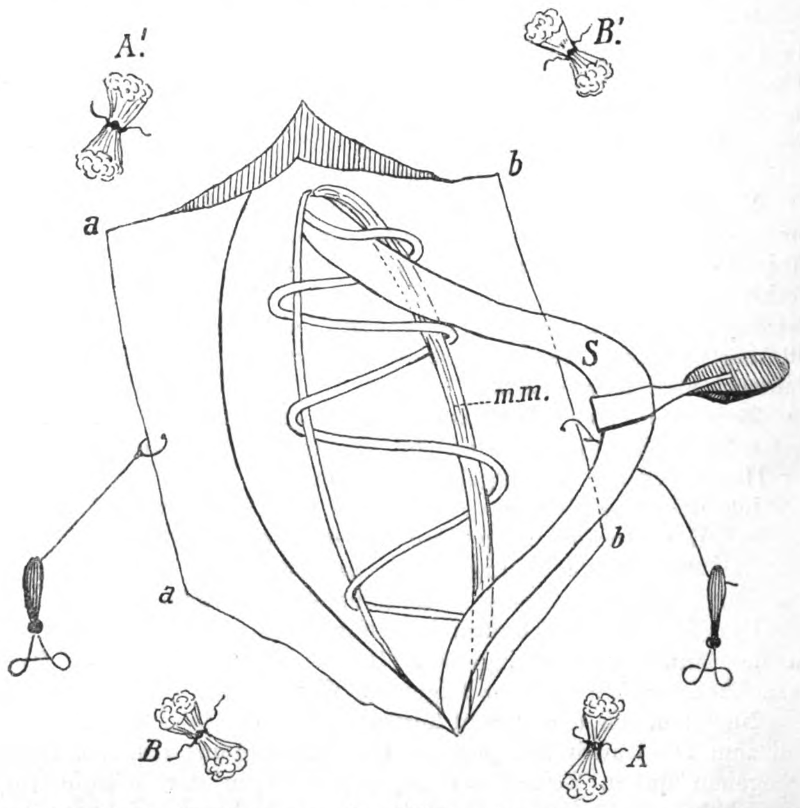
Um die tiefen Bauchmuskeln (Obliquus internus und transversus) an den inneren vorspringenden Rand des Poupart'schen Bandes anzunähen, verfahre ich in folgender Weise:

Nachdem ich den stumpf herauspräparirten Rand dieser Muskeln und zum Theil auch den geraden Bauchmuskel mit dem hakenförmig gebogenen linken Zeigefinger gegen die Mitte der Wunde vorgezogen habe, steche ich eine starke, ziemlich lange, nicht zu stark gekrümmte, mit einem starken Doppelfaden armirte chirurgische Nadel etwa 3 cm nach innen vom unteren Wundwinkel bei *A* durch die Haut, die Aponeurose und die genannten Muskeln und ziehe sie unter der Kontrolle dieses Zeigefingers bei der Wunde heraus, nachdem ich zwischen die geknoteten Fadenenden ein Bäuschchen von Jodoformgaze eingelegt habe.

Während der Assistent den bei der Wunde heraustretenden Doppelfaden stark anzieht und dadurch das Bäuschchen auf der Haut fixirt, durchsteche ich mit der Nadel den vorspringenden inneren Rand des Poupart'schen Bandes von unten nach oben. Der Assistent ergreift wieder den Faden, spannt ihn an, wodurch der Muskelrand mit dem Rand des Poupart'schen Bandes in Berührung kommt, während ich mit der Nadel unter der Kontrolle des

Zeigefingers 2 cm höher oben wieder die Muskeln von unten nach oben durchsteche.

In dieser fortlaufenden Weise nähe ich so lange, bis der Muskelrand mit dem inneren Rand des Leistenbandes der ganzen Länge nach vereinigt ist und steche schließlich in diagonaler Richtung 3 cm nach außen vom oberen Wundwinkel die Nadel durch das Pou-



ab die Ränder der Aponeurose des Obliqu. externus.
S der Samenstrang mit einem stumpfen Haken abgezogen.
m.m. M. obliqu. internus und transversus.
AA' Gazebäuschchen, über welchen die Fadenenden der tiefsten Naht geknüpft sind.
BB' Gazebäuschchen, über welchen die Fadenenden der Naht der Aponeurose des Obliqu. externus geknüpft sind.

part'sche Band, durch die Aponeurose des Obliquus externus und durch die Haut, ziehe den Doppelfaden straff an, damit die Wundränder an einander schließen und knüpfe den herausgeleiteten Doppelfaden bei *A'* abermals über einem Bäuschchen aus Jodoformgaze.

Jetzt lege ich den Samenstrang auf die Nahtlinie, lasse ihn vom Assistenten durch starken Zug am Hoden anspannen, bedecke ihn mit den beiden Blättern der gespaltenen Obliquus-Aponeurose und

nähe sie in derselben Weise, nur beginne ich mit der Naht nach außen vom unteren und schließe sie nach innen vom oberen Wundwinkel *BB'*.

Darüber vereinige ich die Hautwunde durch 4—5 Knopfnähte.

Am 10. Tage entferne ich die Knopfnähte und auch die beiden fortlaufenden Etagennähte; letztere, indem ich die 4 Bäuschchen abschneide und die Doppelfäden in toto herausziehe, was sehr leicht gelingt.

Hierauf bedecke ich die äußere, jetzt verwachsene Nahtlinie mit Jodoformkollodium.

Ich glaube durch dieses Verfahren die Frage der Nahtanlegung bei dieser Operation in einfachster Weise gelöst zu haben.

Ich halte es für zweckmäßiger, den abgebundenen Bruchsackstumpf, eben so wie es Bassini thut, in die Bauchhöhle zu versenken, statt ihn wie Jonnesco u. A. in der Bauchwand zu fixiren, und zwar aus dem Grund, weil ich befürchte, durch die Fixirung des Bruchsackstumpfs in der Bauchwand eine Prädisposition zum Recidiv zu schaffen, da das auf diese Weise an der inneren Fläche des Bauchfells im oberen Wundwinkel fixirte Grübchen dem andrängenden Darm Gelegenheit bieten kann, es mit der Zeit zu einem neuen Bruchsack zu erweitern.

Diese Bedenken haben mich denn auch veranlasst, die Radikaloperation nach Kocher und alle diejenigen Methoden, bei welchen der Bruchsackstumpf in der Bauchwand fixirt wird, aufzugeben.

II. Über eine neue hämostatische Pincette.

Von

Dr. W. M. Sykow,

Assistent an der chirurg. Hospitalklinik von Prof Dr. L. v. Levschin in Moskau.

Ich bin überzeugt, dass ein jeder Chirurg mit großem Interesse die Arbeit von Prof. M. W. af Schultén bezüglich der Blutstillung von (blutenden) Gefäßen mit Hilfe einer starken Kompression derselben gelesen hat. »Ich glaube«, schreibt M. W. af Schultén[1], »dass diese Methode der Blutstillung als ein wichtiger Fortschritt in der chirurgischen Technik betrachtet werden muss.«

Diese vorläufige Mittheilung veranlasst mich, über die in unserer Klinik gebräuchliche Technik der Blutstillung, in Kürze einige Bemerkungen zu machen.

Seit ungefähr 2 Jahren gebrauchen wir bei fast den meisten Operationen (beim Bauchschnitt, Exstirpationen von Mammacarcinom und Tumoren an anderen Körpertheilen, plastischen Operationen etc.)

---

[1] af Schultén, Über die Blutstillung bei Operationen durch Angiotripsie. Centralblatt für Chirurgie 1898. No. 29.

sowohl die sehr praktischen Doyen'schen Pincetten, als auch den von af Schultén vorgeschlagenen ähnliche, die sich aber in Folgendem von jenen unterscheiden:

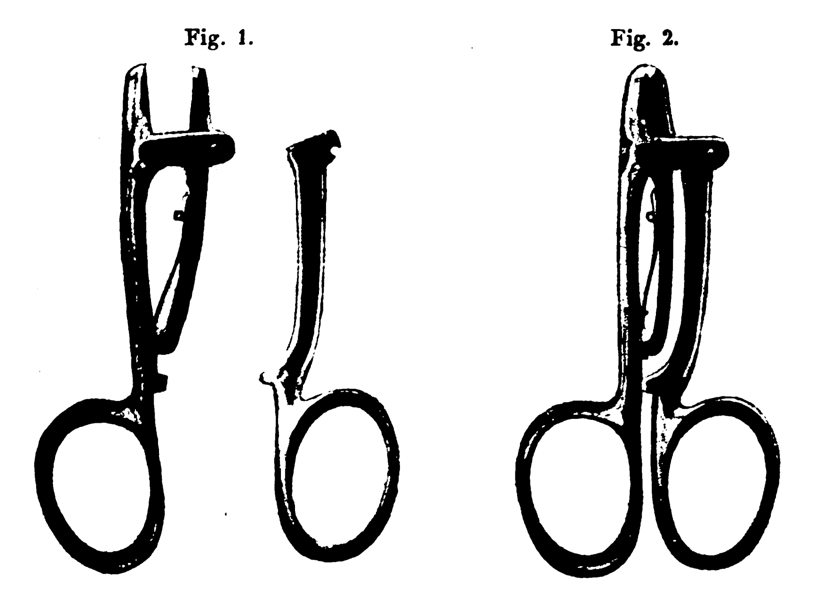
1) Die Beziehung zwischen den Druckhebeln ist eine größere.

2) Sie besitzen an ihrem Ende außer den kleinen Einkerbungen eine größere, Dank welcher, wie ich mich überzeugt habe, die Blutstillung eine zuverlässigere ist.

3) Die Ringe stehen zu den Branchen fast in einem rechten Winkel, Dank welchem Umstand ein stärkerer Druck mit geringerem Kraftaufwand erzielt wird.

Auch die Anwendungsmethode dieser Pincetten unterscheidet sich von der bei den af Schultén'schen Pincetten proponirten. Genannter Autor wendet zur Blutstillung zuerst die gewöhnlichen hämostatischen Pincetten an; alsdann zieht er das Gefäß ein wenig

Fig. 1. Fig. 2.



heraus und dann erst klemmt er dasselbe in Querrichtung mit seiner Pincette ab, was natürlich die Operationsdauer sehr verlängert. Hierbei sehen wir auch, dass die letztere Methode sich wenig von der von Amussat proponirten unterscheidet.

Meine Pincette lege ich unmittelbar an das Gefäß, welches sich stets, Dank der erwähnten Einkerbung am Ende und des äußerst starken Drucks, zuverlässig schließt. Die Operationsdauer wird durch diese Pincetten ungemein verkürzt. So führte ich z. B. neulich eine Nephrektomie, bei welcher ich nur für die Arteria renalis und den Ureter Ligaturen benutzte, in 25 Minuten aus. Hierbei muss ich bemerken, dass in den Fällen, wo trotz der Pincetten die Blutung nicht stand, (was indess nur selten beobachtet wurde, z. B. bei großen Strumaexstirpationen) Ligaturen angelegt wurden, jedoch

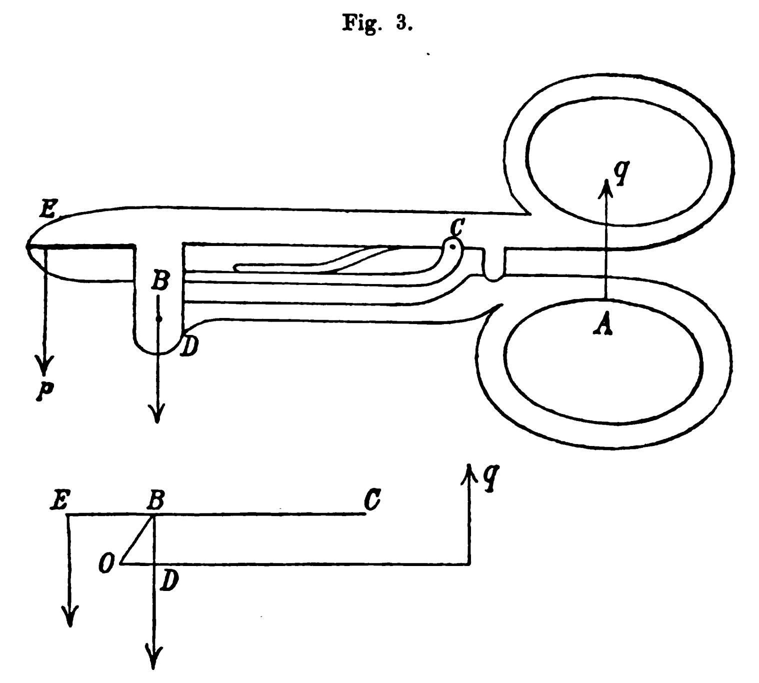
nur in sehr geringer Anzahl. Bei Radikaloperationen von Hernien gebrauche ich, Angesichts der geringen Lebensfähigkeit des Gewebes an dieser Stelle, die Drehung des Gefäßes, da bei einer derartigen Blutstillung sich viel geringere nekrotische Herde einstellen. Alle ähnlichen hämostatischen Pincetten, wie auch die bei uns vorher gebrauchten, leiden an folgenden Mängeln:

1) Sind sie unförmig, massiv und schwer.

2) Bei ihrer Anwendung ist eine größere Kraftanwendung erforderlich, ein Umstand, der bei langer Operationsdauer oder häufigen Operationen sich für den Operateur äußerst fühlbar macht.

3) Da die Kraftwirkung nur auf der Hebellänge fußt, erstere nicht genügend stark sein kann.

Fig. 3.



Alle die oben erwähnten Auslassungen und die jedem Chirurgen eigenthümliche Neigung, sich so zu sagen von der Abhängigkeit von den Ligaturen zu befreien, veranlassten mich, eine neue hämostatische Pincette zu konstruiren.

Ich gehe jetzt zu einer kurzen Beschreibung meiner Pincette über. Die Konstruktion ist aus der beistehenden Figur ersichtlich. Die Kraftwirkung ist, wie aus der Berechnung zu ersehen ist, davon abhängig, dass wir uns komplicirter Hebelarme bedienten.

Wir wissen, dass sie sich im Gleichgewicht befindet, wenn die Kraft (p) am Ende des letzten (in unserem Falle des zweiten) Hebels, zur Kraft (q) am Anfang des ersten verhält wie das Produkt, aller diesem Anfang zugewendeten Hebelarme ($OA \cdot CB$) zum Produkt

aller jenem Ende zugekehrten ($OD \cdot CE$) $\frac{p}{q} = \frac{OA}{OD} \cdot \frac{CB}{CE}$.

Aus dem Dreieck OBD haben wir

$$OD = OB \text{ cs } BOD$$

also

$$\frac{p}{q} = \frac{OA \cdot CB}{OB \cdot CE \text{ cs } BOD}.$$

In unserem Falle

$OA = 50$ mm
$CB = 33$ mm
$OB = 4{,}5$ mm
$CE = 45{,}5$ mm
$BOD = 88^{\circ}15'$

$$\frac{p}{q} = \frac{50 \cdot 33}{4{,}5 \cdot 45{,}5 \text{ cs } 88^{\circ}15'} = 250.$$

Also kann man mit Hilfe dieses Hebels die Druckkraft auf 250mal vermehren.

Den Hebel CBE halten wir für den geraden, denn daraus entsteht kein großes Versehen.

Wir lassen den Widerstand der Feder unbeachtet, denn

1) ihre Elasticität ist sehr klein,

2) ihr Angriffspunkt liegt näher zum Stützpunkt, als der Angriffspunkt der Kraft.

Wenn nun sonst Dank dem oben erwähnten Hebel der Druck bis auf 250mal erhöht werden kann, so erweist es sich, dass, angenommen die Durchschnittskraft der menschlichen Hand sei 60 kg und stellen wir auf Rechnung des Reibungswiderstands des Instruments und auf andere unvorhergesehene Bedingungen die Zahl 50, dass die durch meine Pincette erzielte Druckkraft = 12000 kg gleichkommt ($60 \cdot 200$).

Natürlich darf eine solche Kraft bei diesem Instrument nicht angewandt werden, da es dadurch völlig vernichtet werden würde, außerdem zu einer solchen Kraftentwicklung bei der Kompression des Gefäßes keine Nothwendigkeit vorliegt.

Die große Kraft des von mir vorgeschlagenen Instrumments hängt ab:

1) von den Beziehungen der Hebelarme zum komplicirten Hebel: je kleiner der Arm OB, desto größer die Kraft des Hebels;

2) was am wichtigsten ist: vom Winkel, unter welchem der Arm zum anderen größeren Hebelarm gestellt ist. Theoretisch gesprochen würde eine größere Kraftentwicklung in dem Falle stattfinden, wenn die Hebelarme zu einander im rechten Winkel stehen würden, was aber praktisch völlig unzulässig ist, es sei denn, dass der Ruhepunkt völlig verschwinden würde. Daher sind in meiner Pincette die Hebelarme in einem annähernd rechten Winkel gestellt.

Somit besitzt das von mir vorgeschlagene Instrument außer seiner kolossalen Kraft noch folgende Vorzüge vor den anderen bis jetzt gebräuchlichen Pincetten.



1) Ist es klein und leicht.

2) Die zur Kompression des blutenden Gefäßes anzuwendende Kraft ist äußert gering.

3) Bei der Anwendung der Pincette brauchen die Enden der Pincette nicht geschlossen, sondern nur der obere Hebel dem unteren angedrückt zu werden, wodurch natürlich ein größerer Kraftgewinn erzielt wird.

Der einzige Vorwurf, der meinem Instrument gemacht werden kann, ist der, dass es komplicirter als die anderen ist, doch ist der Mechanismus der einzelnen Theile äußerst einfach, und das ganze Instrument leicht zerlegbar. Zeit und weitere Versuche werden zeigen, welche Veränderungen an dem Instrument etwa zu machen sind.

---

1) **A. Eulenburg.** Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. 3. Auflage. Bd. XIX.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1898.

Der XIX. Band endet mit dem Artikel Pulpitis. Von längeren Aufsätzen seien hervorgehoben diejenigen über Pneumothorax, Polyarthritis rheumatica, Polymyositis, Prostata, Pseudarthrose, Pseudoleukämie, Psychotherapie. **Richter** (Breslau).

2) **A. Eulenburg.** Encyklopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. — 8. Jahrgang.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1899. 671 S.

In gewohnter Weise bringt der Jahresband Berichte aus den Fortschritten unserer Wissenschaft im letzten Jahre, unter welchen einzelne zusammenfassende größere Abhandlungen besonderer Beachtung empfohlen sein mögen: so der über Autointoxikation (von Albu) — Gaumensegel (Gutzmann) — Gelenkentzündung (Rinne) — Harn (Loebisch) — Hypurgie (Mendelsohn) — Inhalations- und Lokalanästhesie (Kionka) — Kleidung (G. Meyer) — Rückenmarkssyphilis (Scheiber) — Sehnentransplantation (Joachimsthal) — Transplantation (Ribbert) — Unfallsneurosen (Bruns).

Richter (Breslau).

3) **E. Juvara.** Leitfaden für die chirurgische Anatomie.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1899.

Verf. hat das Buch auf Grund der Anregungen, welche er in einem 3jährigen Besuch der Vorlesungen des Prof. Poirier über diesen Gegenstand erhalten hat, geschrieben. Er will nicht eine umfassende Beschreibung der Anatomie bringen, wendet sich vielmehr an Solche, die schon einen genügenden Theil anatomischer Kenntnisse besitzen. Diejenigen Arterien, an denen eine Unterbindung gewöhnlich gemacht wird, finden eine weitere, genauere Beschreibung. Der ganze Stoff wird in der Aufsuchung einzelner

Gebilde behandelt. Es wird nicht eine topographische Beschreibung einer Körpergegend gegeben, sondern Alles vom Standpunkt der auszuführenden Operation betrachtet, und daher auch die Anhaltspunkte und Beziehungen der tiefer liegenden Organe zur äußeren Haut sehr genau berücksichtigt.

Das Buch umfasst 291 Seiten und ist eine Erweiterung eines vom Verf. mit Friteau zusammen in französischer Sprache bearbeiteten ähnlichen Leitfadens. 183 theils schematische, theils nach der Natur getreue Abbildungen sind in den Text eingestreut.

Das Buch erfüllt seinen Zweck und wird den Anforderungen, die man an dasselbe stellen kann, gerecht. Besonders für seltenere Operationen wird es bei der genauen Bearbeitung des Stoffs willkommene Anhaltspunkte geben können. Ein Vergleich mit unseren klassischen Werken ist nicht gut möglich, da der Stoff in vollständig neuer Weise behandelt ist. Einzelne kleine Ungenauigkeiten in der Darstellung und Beschreibung müssen entschuldigt werden.

Borchard (Posen).

---

4) Anatomischer Atlas für Studirende und Ärzte. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. A. Dalla Rosa herausgegeben von Dr. C. Toldt. 6. Lieferung. F. Gefäßlehre. a. Herz und Arterien. Figg. 904—1025. Bearbeitet von A. Dalla Rosa.

Wien, **Urban & Schwarzenberg**, 1898.

5) Handatlas der Anatomie des Menschen. Mit Unterstützung von W. His bearbeitet von W. Spalteholz. II. Band. 2. Abtheilung: Herz, Blutgefäße.

Leipzig, **S. Hirzel**, 1898.

Über die ersten Lieferungen dieser beiden anatomischen Atlanten ist in früheren Jahrgängen dieses Centralblattes[1] ausführlich berichtet und es wurden dabei die besonderen Vorzüge eines jeden hervorgehoben. So mag hier der Hinweis genügen, dass auch die neuen Lieferungen beider Werke Vortreffliches bieten. Die breitere Anlage und größere Ausführlichkeit des T.'schen Atlasses erhellt ohne Weiteres schon aus der Anzahl der Figuren: bei T. sind 121 Figuren der Darstellung des Herzens und der Arterien gewidmet, bei S. 101 Figuren dem Herzen, Arterien- und Venensystem. — Der III. Band des S.'schen Atlas soll Gehirn, Nerven, Sinnesorgane, Eingeweide enthalten; von dem T.'schen Werk sind noch 2 Lieferungen zu erwarten: die 7. mit der Darstellung des Venen- und Lymphgefäßsystems, und die 8., die Nerven und Sinnesorgane umfassen wird.

Gaupp (Freiburg i/B.).

[1] s. d. Centralblatt 1896. p. 5 und 1182; 1897. p. 1097.

6) **Mendelsohn.** Die Krankenpflege.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1898. 189 S.

Das Buch stellt den 2. Theil des von Eulenburg und Samuel herausgegebenen »Lehrbuches der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik« dar und wird vom Verf. selbst als ein Versuch bezeichnet, die bisher noch niemals methodisch zur Darstellung gekommene Krankenpflege in Form eines Lehrbuches zusammenzufassen. Thatsächlich bildet die Krankenpflege einen höchst wichtigen Faktor unserer »Heilmethode«, so dass es eigentlich zu verwundern ist, dass derselben bisher gar kein Raum in den Unterrichtsfächern der Universität gegönnt war. Es ist daher das vorliegende Buch mit Freuden zu begrüßen, da es versucht, einem fühlbaren Mangel abzuhelfen.

Dieser Versuch ist im Allgemeinen wohl gelungen, wenn dem Ref. auch Einiges weniger gut gefällt. So hält derselbe die rein äußere Eintheilung der materiellen Heilmittel der Krankenpflege und ihre Anwendungsart in »Gummi-, Glas-, Metall- und Holzgeräthe« für nicht glücklich. Ferner betrachtet er das gänzliche Fehlen passender Abbildungen als einen Mangel, so fern das Buch auch ein Lehrbuch für Studirende sein soll.

Ganz besonders glücklich sind aber die Abhandlungen über alles das, was man im Allgemeinen unter dem Namen »Komfort der Kranken« zusammenfassen kann, und das Kapitel von der Wirkungsweise der Heilmittel der Krankenpflege. Die letzteren sind nach griechisch-lateinischen Namen aus der Arzneimittellehre eingetheilt, wie Narkotica, Anästhetica etc., haben aber mit den Arzneien meist nichts zu thun, sondern bilden eher einen Ersatz dafür, der freilich oft genug den altbewährten »Hausmitteln« ähnlich sieht.

Doch abgesehen von diesen Aussetzungen, ist es dem Verf. wohl zu wünschen, dass seine Bestrebungen, die Bedeutung der Krankenpflege zur allgemeinen Anerkennung zu bringen und sie gleich ihrer Schwesterwissenschaft, der Hygiene, zu einer selbständigen Disciplin zu entwickeln, von Erfolg gekrönt seien.

Jedenfalls wird die Lektüre des fesselnd geschriebenen Buches dem Leser nicht nur Belehrung bringen, sondern auch, wie dem Ref., wirklichen Genuss bereiten. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

7) **Odebrecht** (Berlin). Über die Grenzen der Aseptik gegen die Antiseptik.

(Graefe's Sammlung zwangloser Abhandlungen Bd. III. Hft. 1.)
Halle, **K. Marhold,** 1898.

O. kommt in seiner kritischen Studie zu dem Schluss, dass eine absolute Asepsis selbst bei Bauchfelloperationen nicht immer am Platze ist und führt u. A. seine eigene Methode als Beispiel an. Er bedient sich zur Händedesinfektion gereinigter grüner (Schmier-) Seife, die er zunächst trocken mehrere Minuten einreibt, um die

Hautporen zu reinigen. Bei vaginalen Operationen rieselt er mit Sublimatlösung 1:5000, in der er auch seine Hände spült. Er glaubt dabei weniger an Toleranz, denn an »Abschwächung« der Keime. Dieselbe Überlegung veranlasst ihn, aseptisches Nähmaterial zu verwerfen. Er benutzt selbst zubereitete Jodoformseide. Hierdurch glaubt er Stichkanaleiterung und damit Prädisposition zu schlechten Narben, Hernien etc. zu vermeiden. Ein Beispiel wird ausführlicher mitgetheilt.

Roesing (Hamburg).

---

8) **Lucas-Championnière.** Sur la valeur antiseptique de l'eau oxygenée. Son emploi en chirurgie dans les cas de chirurgie septique et dans la pratique de la chirurgie antiseptique et en gynécologie.

(Bull. de l'acad. de méd. 1898. No. 49.)

L.-C. rühmt die Vorzüge des Wasserstoffhyperoxyds besonders bei schweren phlegmonösen Eiterungen und weist besonders auf die schnelle Abnahme der Eiterung bei Anwendung des Mittels hin. Er glaubt, dass durch dasselbe neue Bahnen für die Behandlung septischer Wunden gezeigt sind. Das Mittel kann in reichstem Maße angewandt werden, selbst in dem Maximum der Koncentration, doch genügen schon schwächere Lösungen (10 Volumen). Die in der Diskussion gemachten Vorwürfe der Unbeständigkeit der Lösung glaubt L.-C. darauf zurückführen zu müssen, dass die betreffende Lösung überhaupt keinen Sauerstoff enthielt. Auch bei frischen Wunden in der Nähe von Eiterungen hat er es mit Erfolg angewandt.

Borchard (Posen).

---

9) **F. Berndt** (Stralsund). Zur Technik der Dampfsterilisirung von Verbandstoffen.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 3.)

Um Sicherheit zu erhalten, dass bei der Dampfsterilisation von Verbandstoffen, Operationswäsche etc. in dem gebräuchlichen Schimmelbusch'schen Apparat der Dampf auch wirklich überall hindringt und thatsächlich sterilisirend wirkt, empfiehlt B. in folgender Weise zu verfahren: 1) Entweder man stopft die Verbandstoffe, Mäntel, Handtücher etc. direkt in den inneren Cylinder des Sterilisationsapparats fest hinein, so dass die einzelnen Gegenstände in Schichten über einander zu liegen kommen, oder 2) man umgiebt die Einsatzbüchsen in der Mitte mit einem Gummiring, so dass dieselben dampfdicht in den inneren Cylinder des Sterilisators hineinpassen. Der Dampf wird auf diese Weise gezwungen, in die Verbandstoffe etc. zu dringen, weil ihm kein anderer Ausweg bleibt.

Kramer (Glogau).



10) Laurens. Les abcès du cou, consécutifs aux lésions de l'oreille.

(Presse méd. 1898. No. 47.)

Verf. bespricht die so häufig an Affektionen des Mittelohrs mit oder ohne Eiterung im Warzenfortsatz sich anschließenden Halsabscesse und theilt dieselben in 3 Formen ein: 1) Mehr oder weniger oberflächliche, entweder unter der Haut, oder zwischen den Muskelinterstitien, oder retropharyngeale, ins Mediastinum sich senkende Abscesse, welche meist direkt von der Ohreiterung fortgeleitet werden; 2) Drüsenabscesse, meist harmloserer Natur, auf dem Wege der Lymphbahn fortgeleitet; 3) die zu schweren Allgemeinerscheinungen führenden Thrombophlebitiden. Die Behandlung ist in allen Fällen eine rein chirurgische. Die Kenntnis dieser Abscesse, ihre Differentialdiagnose von anderen ähnlichen Processen ist sowohl für den Ohrenarzt unbedingt erforderlich, als auch für den praktischen Arzt, damit er eventuell an eine bis dahin verkannte oder übersehene Ohraffektion denkt.

Tschmarke (Magdeburg).

---

11) F. de Quervain (Chaux-de-Fonds). Über die Fibrome des Halses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 1.)

An der Hand zweier selbstbeobachteter Fälle von Fibromen des Halses bespricht de Q. das Kapitel dieser seltenen Geschwülste, das sonst meist kurz in den Lehrbüchern abgehandelt wird. Aus der Litteratur werden 25 einschlägige Fälle zusammengestellt und aus diesen Beobachtungen das klinische Bild der Halsfibrome entworfen. Nach dem Sitz werden sie eingetheilt in solche der seitlichen und hinteren Halsgegend und andererseits in solche der vorderen Halspartie. Am häufigsten sind die Nackenfibrome, welche meistentheils aponeurotischen Ursprungs sind und erst später mit anderen Organen Verwachsungen eingehen, so dass klinisch der Ursprung dieser Geschwülste oft recht schwer zu entwirren ist. Übrigens entstehen andere aus dem Ligamentum nuchae, vom Periost und sogar von der Dura mater des Halsmarks. Die vorderen Halsfibrome entwickeln sich dagegen in der Gefäßscheide oder von einem Ganglion des Sympathicus. Einen Beweis für die Entstehungsmöglichkeit dieser Fibrome aus den Kiemengängen sieht Verf. nicht als strikt gegeben.

Der histologische Bau weicht nicht im geringsten von den Fibromen an anderen Körpertheilen ab. Degenerationsformen wurden häufiger beobachtet, als Verknöcherung, schleimige Entartung, Fettdegeneration und teleangiektatische Umwandlung. Am wichtigsten ist der Übergang in Fibrosarkom und Sarkom.

In der Ätiologie, die zum großen Theil recht dunkel ist, spielen wohl angeborene Zustände und Traumen eine gewisse Rolle. Die Entwicklung geht langsam vor sich, oft aber treten plötzliche Wachsthumsschübe ein. Meist kommen diese Geschwülste übrigens beim weiblichen Geschlecht und im Alter von 18—50 Jahren vor.

Die Symptomatologie ist eine verschiedene, je nach dem Sitz und der Betheiligung der ergriffenen Organe, die differentielle Diagnose möglich, aber nicht immer leicht durchführbar, was sehr erklärlich ist. Therapeutisch kommt nur die Exstirpation als wirksames Mittel in Betracht.

Bei der Besprechung der Technik der Operation empfieht de Q. den allgemein bekannten Normalschnitt Kocher's (siehe dessen Operationslehre) als den besten zur Vermeidung von sichtbaren hässlichen Narben. Für ausgedehnte Operationen räth er Lappenbildung an durch Schnitte längs des Vorderrandes vom Kopfnicker und längs dem Schlüsselbein mit Durchschneidung des Muskels $1^1/_2$ cm oberhalb des Schlüsselbeinansatzes.

Die gutartige Prognose der Halsfibrome kann getrübt werden durch einen lebenswichtige Funktionen bedrohenden Sitz der Geschwulst, wie durch bösartige Umwandlung. Desshalb ist in jedem Falle die Exstirpation der Geschwulst anzurathen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

12) **Wormser.** Experimentelle Beiträge zur Schilddrüsenfrage.

(Inaug.-Diss., Bern, 1897 und Sep.-Abdr. aus dem Archiv für die gesammte Physiologie Bd. LXVII.)

Verf. untersuchte auf Veranlassung Kocher's hin verschiedene Schilddrüsen- und andere Präparate bezüglich ihrer tetanieverhindernden Wirkung bei thyreoidektomirten Hunden. In das Bereich der Untersuchungen gezogen wurden: Baumann'sches Jodothyrin vom Schwein und Hammel, Jodalbumin, Thyreoalbumin, Thymus, Nebennieren, Jodnatrium und Caseojodin. Als Kontrollpräparat wurde die zuverlässig wirkende trockene Schweinsschilddrüse verwendet.

Es ergab sich aus diesen Versuchen, dass keine der aus der Schilddrüse bis jetzt isolirten Substanzen allein die ganze Funktion der Schilddrüse zu ersetzen vermag, sondern dass sie gemeinsam in den Organismus eingeführt werden müssen, um den Ausfall der Schilddrüse zu decken. Dasselbe negative Resultat wurde mit Thymus und Nebenniere so wie mit anorganischen und synthetisch dargestellten organischen Jodverbindungen erreicht.

Bezüglich der verschiedenen Reaktionsweise der einzelnen Versuchsthiere auf die Schilddrüsenexstirpation nimmt Verf. an, dass in Fällen, wo ein junger Hund nicht typisch reagirt, seine Schilddrüsen vorher nicht normal funktionirt hatten.

Die Aufgabe der Schilddrüse wird von W. so aufgefasst, dass es sich einerseits um Zurückhaltung eines giftigen Stoffwechselprodukts und andererseits um Aufspeicherung von Jod zum Zweck der Neutralisation der vorhandenen Giftstoffe handelt.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

13) **F. Limacher.** Über Blutgefäßendotheliom der Struma mit einem Anhang über Knochenmetastasen der Struma maligna.

(Inaug.-Diss., Bern, 1898; Sep.-Abdr. aus Virchow's Archiv Bd. CLI. Supplbd.)

Verf. beschreibt in vorliegender Arbeit 2 unter Langhans untersuchte Fälle von bösartigen Schildrüsengeschwülsten, bei denen es sich um eine abnorme Wucherung des Blutgefäßendothels handelte. Im 1. Falle bot die Neubildung mehr sarkomatösen Charakter und wird vom Verf. als Blutgefäßendotheliom bezeichnet. Der 2. Fall dagegen stellt eine carcinöse Geschwulst dar, bei der das Endothel in eigenthümlicher Weise in die Wand der Venen, so wie in das bindegewebige Stroma einwucherte und dadurch der Neubildung bösartigen Charakter verlieh. Als Anhang zu diesen histologischen Untersuchungen, für deren Einzelheiten auf das Original verwiesen sei, untersuchte Verf. die Metastasenbildung der malignen Strumen auf Grund der von 1872—1897 im pathologischen Institut in Bern zur Autopsie gekommenen 82 Fälle. Er findet auf 38 krebsige Kröpfe 14 Knochenmetastasen und auf 44 sarkomatöse Kröpfe 8 Knochenmetastasen. Ein Vergleich mit der Metastasenbildung bei Carcinomen anderer Organe ergiebt, dass der Schilddrüsenkrebs nur noch vom Brustkrebs an Häufigkeit der Knochenmetastasen übertroffen wird. Während ersterer in mehr als 1/3 der Fälle Betheiligung des Knochensystems aufweist, fanden sich beim Brustkrebs fast die Hälfte der Fälle von Knochenmetastasen befallen. Bei den Krebsen der übrigen Organe sind dieselben dagegen viel seltener und betragen z. B. beim Magenkrebs nur 0,9%, beim Speiseröhrencarcinom 2,2% und beim Uteruskrebs 5,7% der Fälle. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

14) **P. J. Möbius.** Über die Operation bei Morbus Basedowi.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 1.)

Die Ausführungen Verf. lehnen sich an einen von Kölliker operirten Fall von Morbus Basedowi an, in welchem nach Exstirpation der rechten Strumahälfte eine mäßige Besserung der nervösen Beschwerden, besonders aber eine erhebliche Zunahme des vorher stetig abnehmenden Körpergewichts zu beobachten war. Unter gleichzeitiger Berücksichtigung der bisher vorliegenden statistischen Ergebnisse der Operation weist M. auf die Unzulänglichkeit der medicinischen Behandlung, die Langwierigkeit und Gefahren der Krankheit durch Schädigung des Herzens, Erkrankungen der Augen, des Gehirns etc. hin und erörtert im Weiteren die Frage, ob sich die zweifellosen Gefahren der Operation (14—15% Todesfälle) — durch Eintreten von Herzlähmung, akute Basedow-Vergiftung — vermindern ließen. In dieser Beziehung räth er zu operiren, so lange das Herz noch widerstandsfähig ist, die allgemeine Narkose zu vermeiden und bei der Operation das Eindringen größerer Mengen von Schilddrüsensaft in den Kreislauf — Durchtrennung der Drüse mit dem Thermokauter etc. — zu verhindern. Auch giebt M. die Anregung, die

Resektion durch Verödung des Strumagewebes (Galvanopunktur etc.) zu ersetzen. **Kramer** (Glogau).

---

15) **W. Wagner** und **P. Stolper.** Die Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks.

(Deutsche Chirurgie Lfg. 40. Stuttgart, **F. Enke,** 1898.)

Das von dem auf vorliegendem Gebiet so besonders erfahrenen W. und seinem langjährigen Assistenten bearbeitete Werk bietet in seinem allgemeinen Theil zunächst eine Schilderung der Anatomie der Wirbelsäule und des Rückenmarks, so wie der allgemeinen Pathologie der Rückgratsverletzungen und bespricht dann eingehend, unterstützt durch zahlreiche vortreffliche Abbildungen, die Verletzungen des Rückenmarks, ihre Symptomatologie, die traumatischen Blutungen in und um das Mark, die Verletzungen der Wirbelsäule — Kontusionen, Distorsionen, Spondylitis traumatica, Verrenkungen und Brüche im Allgemeinen, wie im Besonderen der einzelnen Wirbel —, um zum Schluss den Werth der Röntgographie für die in Rede stehenden Verletzungen zu beleuchten und die Behandlung nach solchen einer kurzen Darstellung zu unterziehen. In dem Kapitel über die Rückenmarksverletzungen wenden sich die Verff., wie schon früher Kocher, gegen die unklaren Begriffe der Rückenmarkserschütterung, Railway-spine etc., indem sie annehmen, dass auch ihnen nicht »molekuläre Läsionen«, sondern wirkliche makro- oder mikroskopische Veränderungen zu Grunde liegen, die freilich noch des Nachweises bedürfen. Die Rückenmarksverletzungen werden mit Rücksicht auf die Prognose in vollständige und theilweise Querschnittszertrümmerungen unterschieden, der alte Begriff der »Myelitis transversa« bei Seite gethan, die Beziehungen des Traumas zur Gliose und Höhlenbildung des Rückenmarks eingehend gewürdigt. Die Ausführungen über die traumatischen Rückenmarksblutungen, die vorwiegend als Folge einer Zerrung des Marks aufgefasst werden, sind geeignet, Licht in das Wesen mancher dunkler Unfallskrankheiten (Commotio medullae etc.) zu bringen. Die Symptome der erwähnten Markschädigungen werden je nach dem Sitz der letzteren sorgfältig geschildert, für die Diagnose auch der Werth der Lumbalpunktion, über welche den Verff. allerdings bisher nur wenige eigene, negativ ausgefallene Erfahrungen zur Seite stehen, näher erörtert; dass der Methode nach jener Richtung hin, wie auch für die Therapie der Markverletzungen, eine Bedeutung zukommen werde, erscheint ihnen auf Grund therapeutischer Überlegungen zweifelhaft.

Besonderes Interesse werden auch die Ausführungen über die Spondylitis traumatica hervorrufen, deren Krankheitsbild auch von W. und St. wiederholt beobachtet worden ist; die von ihnen gegebene Erklärung des Wesens dieses Processes zeichnet sich durch Einfachheit und Klarheit vor allen anderen bisherigen Deutungen aus. Der Besprechung dieser Affektion schließt sich die der Dis-

torsionen und der nach Wirbelquetschung auftretenden infektiös-entzündlichen Erkrankungen an.

Überrascht schon in den eben erwähnten Kapiteln des Werkes die große Zahl eigener Beobachtungen der Verff., welche neben denen aus der Litteratur der Schilderung zu Grunde gelegt sind, so erscheint in den folgenden das benutzte Eigenmaterial geradezu erstaunlich umfangreich. Allein 136 Fälle von Wirbelbrüchen oder -Verrenkungen sind von W. in dem Knappschaftslazarett zu Königshütte O/S. innerhalb 15 Jahren beobachtet worden; davon waren 25 reine Luxationen, 111 Frakturen bezw. Luxationsfrakturen, verliefen 36 sofort, weitere 30 später tödlich und war von den 100 klinischen Fällen in 71 das Mark mitbetheiligt. Aus dem überreichen Inhalt Einzelheiten hervorzuheben, müssen wir verzichten; sein eindringliches Studium wird durch eine Reihe schöner Abbildungen von Präparaten erleichtert.

Bezüglich der Bedeutung der Röntgenbilder für die Erkenntnis der Frakturen und Dislokationen am Wirbelskelett äußern sich die Verff. sehr zurückhaltend — schon mit Rücksicht auf die dem Frischverletzten bei dem langen Manipuliren mit jenem Verfahren erwachsenden Qualen und die Unklarheit der Bilder der Brustwirbelsäule etc.

Auf den kurzen Schlussabschnitt über die Behandlung der Rückgratsverletzten, der die bei der Besprechung der einzelnen Arten von Läsionen gegebenen Rathschläge ergänzt, möge noch besonders hingewiesen werden. Wenn auf dem vorliegenden Gebiet so außerordentlich erfahrene Chirurgen vor der Frühoperation warnen, die Laminektomie an Frischverletzten nur bei den durch direkte Gewalt entstandenen Bogenbrüchen — abgesehen von Schuss- und manchen Stichverletzungen — ausgeführt wissen wollen, so verdienen so gewichtige Stimmen gewiss voll beachtet zu werden.

Auch die Indikationen für die Spätoperation werden von ihnen sehr eingeschränkt, indem sie sie nur für Fälle zulassen, in denen eine nachträgliche Verschlimmerung der Spinalsymptome auf adhäsive Heilungsvorgänge an den Rückenmarkshüllen zu beziehen sind.

Das Werk reiht sich ebenbürtig den besten der bisher erschienenen Lieferungen der »Deutschen Chirurgie« an.

Kramer (Glogau).

---

16) **H. Schmaus** (München). Über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Commotio spinalis.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 3.)

S. modificirt in vorliegender Abhandlung theilweise die Anschauungen, zu welchen er auf Grund einiger klinischer Beobachtungen und von Thierexperimenten früher gekommen war (s. Referat in d. Bl. 1890 p. 983) und fixirt, unter eingehender Würdigung der Arbeiten anderer Autoren, besonders Kocher's und Obersteiner's, den gegen-

wärtigen Stand der Lehre von der Commotio spinalis in folgenden Sätzen:

1) Die Erschütterung des Rückenmarks ist von jener der Wirbelsäule vor der Hand zu trennen; denn es können bei der Erschütterung der letzteren auch Erscheinungen im Mark auftreten, die nicht auf eine Commotio, sondern auf Quetschungen, Blutungen, Dehnung und Zerrung des Rückenmarks und seiner Wurzeln beruhen.

2) Die Lehre von der eigentlichen Commotio spinalis im strengen Sinne hat in der letzten Zeit in so fern an Boden verloren, als die vom Menschen bekannten Fälle einer strengen Kritik nicht Stand halten; es giebt bisher keinen ganz reinen unkomplicirten Fall von Commotio spinalis mit anatomischem Befund.

3) Die Kritik ist aber nicht im Stand, die bisherige Auffassung einzelner Fälle als echte Commotio zu widerlegen oder unwahrscheinlich zu machen, insbesondere auch nicht die Mitwirkung der Commotio neben anderen, direkt lädirenden Einwirkungen einer Verletzung auszuschließen. In vielen Fällen ist die Annahme letzterer hypothetisch, die Thatsache aber, dass ein Erschütterungszustand bestanden hat, gewiss.

4) Das Vorkommen einer direkten traumatischen Nekrose von Nervenelementen durch eine Commotio ist experimentell gesichert und scheint geeignet, die Lücke auszufüllen, welche eine Erklärung der Läsionen durch direkte Verletzung vielfach bestehen lässt.

5) Neben letzteren ist als Folge der Erschütterung noch Gewebszerreißungen durch Ergüsse von Liquor cerebro-spinalis eine größere Bedeutung beizumessen. **Kramer** (Glogau).

---

17) **Schirmer** (Chicago). Einreibungen von Unguentum Credé bei Meningitis cerebrospinalis epidemica.

(New Yorker med. Monatsschrift 1898. November.)

Die Resultate, welche Verf. in 9 Fällen bei einer schweren Epidemie von Meningitis cerebrospinalis im Jahre 1898 durch Anwendung von Unguentum Credé erzielte, sind sehr befriedigend zu nennen. Sie werden einzeln kurz geschildert. Besonders ein Fall mit zahlreichen Rückfällen zeigte nach den Einreibungen eine jedesmalige bedeutende Besserung und ging schließlich in Genesung über. Die sofort mit Einreibungen behandelten Fälle wurden rasch und ohne große Störung geheilt; aber auch die übrigen, zum Theil sehr schweren Fälle genasen sämmtlich; in keinem blieb ein Fehler der Sinnesorgane zurück. Es wurden 30 g Salbe eingerieben, auf 3 Tage vertheilt, bei jeder Remission wieder 10 g; daneben wurden heiße Wasserüberschläge, Trional bei großer Unruhe, antiseptische Reinigung der Nasenhöhle angewendet.

An diese kurze Mittheilung schließt Edwin Klebs-Chicago einige Bemerkungen über die Resorption der Haut. Er will dabei außer den Lymph- und Blutbahnen auch dem aktiven Vorgehen der Wanderzellen eine Rolle zuschreiben und führt als Beispiel dafür

verschiedene auffällige Thatsachen an, wo die Verbreitung von Infektionen nachgewiesenermaßen entgegen dem Saft- oder Sekretstrom stattfindet. Er glaubt, dass gerade die Einreibungen von gelösten Silbersalzen, welche leicht innerhalb der Zellen nachgewiesen werden können, geeignet sind, auf experimentellem Wege das Studium solcher Wanderungen von Wanderzellen von der Haut aus ins Gehirn oder seine Häute zu erleichtern.

Tschmarke (Magdeburg).

---

18) Ducroquet. Nuovo metodo di radrizzamento delle cifosi spondilitiche.

(Arch. di ortopedia 1898. No. 4.)

D. verwendet seit 6 Monaten folgende Behandlung der Pott-schen Kyphose. Das Kind wird narkotisirt und in der Glisson-schen Schwebe suspendirt. Die Muskelerschlaffung soll häufig zur Korrektion der Kyphose genügen; wenn nicht, wird ein leichter Druck auf sie ausgeübt, bei cervico-dorsaler, indem mit 4 Fingern die Schultern rückwärts gezogen und die Daumen auf die Dornfortsätze gelegt werden; bei lumbaler liegt eine Hand auf dem Bauch, die andere Hand drängt mit der Dorsalseite der zusammengelegten Finger auf den Buckel. Dagegen verwirft D. entschieden die forcirte Reduktion in gewaltsamer Extension nach Calot. Danach wird über ein Trikot ein genau passendes Gipskorsett angelegt.

Bei Kyphosen im Hals- oder oberen Brusttheil muss der Kopf eingeschlossen werden; sonst werden nur die Schultern mitgenommen. D. beschreibt genau die einzelnen Bindentouren; besondere Sorgfalt wird auf Eingipsen der Schultern und des Halses verwandt. Einlage von Schienen wird vermieden. War der Kopf mit eingegipst, so wird doch nachher sein oberer Theil freigeschnitten oberhalb einer über Kinn und Hinterhauptshöcker gelegten ovalen Begrenzungslinie. Resultate werden nicht mitgetheilt. E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

19) Heusner. Über die Calot'sche Operation der Pott-schen Höcker.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VI. Hft. 2.)

Nach einigen geschichtlichen Notizen, aus denen hervorgeht, dass Hippokrates bereits ein ähnliches Verfahren empfohlen hat, berichtet Verf. über persönliche Eindrücke, die er bei Gelegenheit eines Besuchs bei Calot in dem französischen Seebad Berck gewonnen hat, sodann über eigene, an 10 Pat. gemachte Erfahrungen. Im Gegensatz zu Calot legt er auch den Verband in Bauchlage des Pat. an und benutzt zur Extension Gewichte, wozu ihm ein Gestell dient mit verschiebbaren Quer- oder Stützbänkchen. Die Gewichte werden vermittels des Glisson'schen Bügels mit dem Kopf des Pat. in Verbindung gebracht. Zur Extension an den Beinen werden beliebig drehbare Stangen durch Zugschnüre mit Heftpflasterschlingen

oder mit handbreiten Moleskinstreifen, welche mittels des Harzsprayverfahrens des Verf. an den Beinen befestigt werden, in Verbindung gebracht. Als Unterlage des Verbands wird hauptsächlich Filz verwendet.

An 2 Präparaten, von denen das eine von einem 5 Monate nach der Operation an Scharlach verstorbenen Kind stammt, war zu erkennen, dass trotz starker Zerstörung der Wirbelkörper das Periost an der Vorderfläche der Wirbel zum Theil erhalten war, und dass auch die Bänder und Muskeln zwischen den Dornfortsätzen, Querfortsätzen und Rippen einen bedeutenden federnden Widerstand bieten können. Die Resektion der Dornfortsätze ist desshalb zu unterlassen. **J. Riedinger** (Würzburg).

20) **Rédard** (Paris). Die Behandlung der Verkrümmungen der Wirbelsäule und insbesondere die Behandlung des Pott'schen Buckels. Übersetzt von Deutschlaender.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VI. Hft. 2.)

Die Arbeit ist identisch mit der Mittheilung R.'s auf dem 12. internationalen medicinischen Kongress in Moskau (cf. Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 39). Nach Délore's Vorschlag hat R. auch die forcirte Redression der Skoliose und des skoliotischen Buckels mit Erfolg versucht. Die Technik wird mit Hilfe mehrerer Abbildungen eingehend geschildert. **J. Riedinger** (Würzburg).

21) **M. Motta.** Coxa vara e suoi rapporti colla deviazioni laterali della colonna.

(Arch. di ortopedia 1898. No. 4.)

Vorläufige Notiz. Die gewöhnliche Skoliose (habituelle) sei oft eine statische, abhängig von Verbiegungen im Schenkelhals.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

22) **S. S. Nalbandow.** Zur Symptomatologie der Syringomyelie (Typus Morvan).

(Wratsch 1898. No. 44—46. [Russisch.])

Sehr wichtig sind für diese Art der Syringomyelie die multiplen Panaritien, gleichviel ob schmerzhaft oder schmerzlos. Verf. fand nun, dass sich in sehr vielen Fällen als eins der ersten Symptome schmerzhafte Panaritien entwickeln. Für die Frühdiagnose der Syringomyelie ist das sehr wichtig, und hat man bei Panaritien immer an diese Krankheit zu denken. Vielleicht gestattet ferner dieses Symptom die Annahme eines streng lokalisirten trophischen oder vasomotorischen Centrums. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

23) **H. Schüssler** (Bremen). Nervendehnung oder nicht? Zur Orientirung über die Behandlung chronischer Erkrankungen der Nervenstämme und des Rückenmarks, speciell der Tabes, für praktische Ärzte.

Bremen, G. A. v. Halem, 1899. 86 S.

S. wendet sich im ersten Theil der Arbeit heftig gegen die von den Neurologen empfohlenen Behandlungsmethoden der Tabes und anderer Nervenerkrankungen, eine Polemik, die sich hier der Wiedergabe entzieht. Dagegen verdienen die Resultate der Nervendehnungen, speciell bei der Tabes dorsalis, wie sie S. in 15 Krankheitsgeschichten ausführlich vorführt, der Erwähnung. Von peripheren Nerven wurden zumeist wegen Neuralgie, Reflexepilepsie oder Perineuritis gedehnt: der Nervus spermaticus int. dext., Nervus cutaneus pedis ext. dext., N. facialis (Tic convulsif), N. anticus und supraorbitalis, N. plantaris med. dext., N. occipitalis major dext., N. radialis dext., N. peroneus dext. (Pseudolepra) und mehrmals der N. ischiadicus.

Von 32 Rückenmarksleidenden, die mit 69 Dehnungen (32 doppelten Ischiadicusdehnungen, 1 doppelten Cruralis-, 1 doppelten Medianus- und einer Plexus brachialis-Dehnung) behandelt wurden, litten: an Myelitis chronica 1 (geringer Erfolg), an amyotrophischer Lateralsklerose 1 (sehr schöner, leider bald vorübergehender Erfolg), an multipler Sklerose 2 (geringer Erfolg), an Seitenstrangsklerose 3 (geringer Erfolg in 2 Fällen, »durchschlagende Besserung« in 1 Falle), an Tabes dorsalis 25. Von diesen letzteren (25) Tabeskranken verlor S. einen Kranken am 5. Tage nach der Operation »an akuter Herzlähmung«: »Die Übrigen verließen mit irgend einem Erfolg meine Anstalt. Der Erfolg war groß oder klein, von kürzerer oder längerer Dauer, je nach dem Grade und der Dauer der Krankheit«. 15 ausführliche Krankengeschichten sind ausgewählt und beigegeben, »bei denen ein ganz eklatanter Erfolg nach dieser oder jener Richtung nach der Operation eintrat, oder die sonst Interesse bieten«.

Die Dehnung nimmt S. vor, indem er sich in der Glutäalfalte den Nervus ischiadicus völlig freilegt, besonders aus der oft gerötheten oder verdickten Nervenscheide heraushebt; nun erst wird derselbe peripher mit den Fingern »so stark angezogen, dass der Fuß und die Zehen sich bewegen«. Centralwärts dehnt man ungefähr eben so stark, wie man es vorher peripher gethan. »Fühlt man nun keinen elastischen Widerstand, sondern einen starken, so muss eine Lockerung des centralen Endes unbedingt erzwungen werden, wenn man Erfolg haben will. Zu diesem Zweck ist es am einfachsten, den Nervenstamm ganz langsam, ganz vorsichtig, nach und nach mit immer mehr Körpergewicht zu belasten, bis er nachgiebt« (p. 61). In einzelnen Fällen musste S. den Kranken an seinem Ischiadicus sogar in die Höhe heben (1mal sogar 3mal! Fall VIII). Die angeführten Fälle haben theilweise eine so wunderbare, wenn auch oft bald vorübergehende Besserung zu verzeichnen, dass man in verzweifelten

Fällen versucht sein könnte, das S.'sche Verfahren in Anwendung zu bringen.

Winkelmann (Barmen).

24) **Rippert.** Über Veränderungen der abnorm gekrümmten Schwanzwirbelsäule des Kaninchens.

(Archiv für Entwicklungsmechanik der Organismen Bd. VI. Hft. 4.)

Die experimentell erzeugte, übernormale dorsale Krümmung der Schwanzwirbelsäule jüngerer Kaninchen hat Verf. benutzt, um festzustellen, auf welche Weise Knochen bei geänderter Inanspruchnahme ihre Gestaltung ändern. Die Ergebnisse bei deutlich winkliger Knickung waren folgende:

An die primären, rein mechanischen Abweichungen der Dehnung und Kompression mit entsprechender Formänderung schließen sich wichtige Veränderungen an der Innenseite des Biegungswinkels an, nämlich eine Neubildung von hyalinem Knorpel aus der Zwischenwirbelscheibe und die Entwicklung kegelförmig vorspringender Knochenmassen. Die Knochenneubildung erfolgt zum großen Theil unter Vermittlung des neuen Knorpels nach Art des normalen epiphysären Processes, sie ist aber nicht ausschließlich chondrogenen, sondern auch periostalen Ursprungs. An der Konvexität findet eine Einschmelzung von Knochengewebe statt.

Es ergab sich somit die interessante Erscheinung, dass die Neubildung an der druckfreien Stelle stattfindet. Im Bereich des verstärkten Druckes zeigte sich weder an der Epiphyse, die vielmehr in einzelnen Fällen etwas komprimirt erschien, noch an der Diaphyse eine wesentliche Zunahme der Knochensubstanz, wie man es als Ausdruck einer funktionellen Anpassung vielleicht hätte erwarten sollen. Eben so wenig war davon an der Konvexität unter der Einwirkung des Zuges die Rede. So weit also funktionelle Beanspruchung stattfand, waren die direkten Folgen der Kompression und Dehnung geringfügig, wo sie aber ganz fehlte, stellten sich ausgesprochene Veränderungen ein. Hier findet eine Vergrößerung und Vermehrung der Zellen statt, und zwar so lange, bis die wieder eintretende innere Spannung die weitere Proliferation aufhebt. Dem entsprechend sind die Neubildungsprocesse im Allgemeinen um so hochgradiger, je stärker die Winkelstellung ist. Die Druckverhältnisse sind allerdings nicht ohne Bedeutung für die Anordnung der wachsenden Theile. Die Struktur des neuen Knochens ist nämlich den funktionellen Ansprüchen völlig angepasst, wenn auch die Neubildungsprocesse zunächst ohne den direkten Einfluss der veränderten statischen Inanspruchnahme erfolgen. Demnach bestimmt die Funktion nur die Lagerung der Theile, sie bildet aber nichts neu.

Die Resorptionserscheinungen an der Konvexität der Biegung lassen sich auf die Wirkung des Druckes zurückführen, welchen die stark gespannten Weichtheile ausüben. An dem Scheitel der Krümmung finden sich endlich Neubildungsvorgänge, welche als regenerative aufzufassen sind und dort einsetzen, wo Einrisse in die Inter-

vertebralscheibe oder zwischen dem Epiphysenknorpel und dem Diaphysenknochen erfolgten.

Verf. ist der Ansicht, dass sich die Versuchsresultate direkt noch nicht auf den Menschen übertragen lassen, da sie zwar nicht ohne Bedeutung für die funktionelle Anpassung des Knochensystems überhaupt, aber unter anderen Bedingungen gewonnen sind, als sie beim Menschen vorkommen. Denn in den Versuchen traten die statischen Änderungen plötzlich in voller Intensität auf und blieben in gleicher Stärke bestehen, während sie beim Menschen sich langsam einstellen und erst allmählich verstärken. Allerdings hat Verf. nur die Verkrümmungen der Wirbelsäule und Verbiegungen der Gelenke im Auge. Man könnte auch an die Callusbildung denken, die bei Knochenbrüchen mit stark verschobenen Bruchenden im Krümmungswinkel stattfindet. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

25) **P. Stolper** (Breslau). Die angeborenen Geschwülste der Kreuzbeingegend.

(Festschrift zum 25jährigen Jubiläum von Prof. Ponfick, Breslau, 15. Januar 1899.)

Die glücklich gewählte und, wie es Ref. scheint, berechtigte Eintheilung der sacralen Gebilde macht die umfangreiche Arbeit sehr übersichtlich. S. unterscheidet:

I. Geschwülste, welche entstehen durch Störungen im Zusammenschluss der embryonalen Komponenten des unteren Stammesendes:

1) Dermoidcysten und -Fisteln. Meist dorsal, selten ventral gelegen, sind sie mit der knöchernen Unterlage fest verwachsen und als rein epidermoidale Gebilde anzusprechen. Beide sind ausgebildete Entwicklungsformen der Foveae coccygeae; die Cysten ergaben sich beim Verschluss der Fistulae sacro-coccygeae.

Sie stehen keineswegs, wie Tourneux und Hermann annehmen, mit Medullarresten, den außerhalb des Wirbelkanals zurückbleibenden Endtheilen des Filum terminale (»Vestiges coccygiens médullaires«) in direkt genetischer Verbindung, wenn diese auch wohl für ihre Bildung von Einfluss sein mögen. Nervengewebe, als wesentlicher Bestandtheil, fehlt.

2) Aussackungen des Rückgratinhalts, einschließlich der Spina bifida occulta.

Hierher gehören die cystischen Geschwülste, die an der dorsalen Seite des untersten Abschnittes der Wirbelsäule vorkommen (Spina bifida), und die ventralwärts sich entwickelnden Cysten, mit denen ein Defekt der Wirbelsäule einherzugehen pflegt.

Als differentialdiagnostisch wichtig für die Trennung der dorsalen Spina bifida von den angeborenen cystischen Sacralgeschwülsten ist hervorzuheben: jene sitzen höher als diese, die nach abwärts wachsen; vor Allem ist die Erhöhung des intrakraniellen Druckes bei Kompression für Spina bifida beweisend. Dagegen ist die Unterscheidung der ventralen Sacralgeschwülste und Aussackungen der spinalen Meningen sehr schwierig.

Das Vorkommen teratoider Geschwülste neben Spina bifida cystica und occulta (letztere wird skizzirt) hat dann zu der falschen Annahme geführt, dass die komplicirten teratoiden Mischgeschwülste immer auf eine Anomalie des Medullarrohrs zurückzuführen seien.

II. Geschwülste durch doppelte Keimanlage.

1) Vollkommene Doppelbildungen.

2) Unvollkommene Doppelbildungen (freie, subkutane Parasiten).

3) Parasitäre, cystische Mischgeschwülste, embryoide Geschwülste.

Nach S. besteht nicht nur eine enge genetische Verwandtschaft aller dieser sacralen Gebilde, die schon in der äußeren Ähnlichkeit einen Ausdruck findet, sondern die Geschwülste und die Parasitengeschwülste unterscheiden sich von einander nur durch den Grad ihrer Entwicklung. So kann man neben wohlausgebildeten Organen Geschwulstgewebe finden = Kombination von Doppelbildung mit teratoider Geschwulstwucherung (Mischgeschwülste); subkutane Doppelbildungen entwickeln sich manchmal erst später und werden frei.

Die angeborenen Sacralgeschwülste werden somit aufgefasst als in ihrer Entwicklung zurückgebliebene Parasiten; es sind rudimentäre Entwicklungsformen eines 2. Individuums = »embryoide Geschwülste«. Die Geschwulstwucherungen repräsentiren den unentwickelt gebliebenen Antheil der 2. Keimanlage, wie die Organe den besser entwickelten.

S. erbringt den Beweis seiner Auffassung, die unsere bisherige, mindestens sehr komplicirte, freilich wesentlich vereinfacht (Ref.): In verschiedenen Geschwülsten, theils operativ gewonnenen, theils Sammlungspräparaten, fanden sich Abkömmlinge aller 3 Keimblätter mit verschieden hoher Entwicklungsstufe, deren Grad durch zeitliche und besonders räumliche Verhältnisse gegeben war. Trotz der Regellosigkeit in der Verwendung der verschiedenen Gewebsarten — die teratoiden Geschwülste charakterisiren sich gerade durch die Mannigfaltigkeit der Bilder, je nachdem dieses oder jenes Keimblatt mehr zur Entwicklung kommt — fand sich doch eine Anordnung, die zweifellos auf eine Organbildung abzielt; manchmal fehlt nicht viel bis zur Bildung voll entwickelter Organe.

Typisch für die Sacralgeschwülste ist neben ihrer überwiegend cystischen Natur der solide Antheil mit seinen heterologen Bestandtheilen. Eine principielle Trennung der mehr cystischen von den soliden Geschwülsten ist nicht angängig; die Cystenbildung ist zwar im Groben ein wichtiges Kennzeichen, aber die genetische Eigenart der Sacralgeschwülste drückt sich viel mehr aus in der bunten Zusammensetzung der neben und zwischen den Cysten gelegenen soliden Geschwulsttheile.

Als weitere Folge dieser Charakterisirung der Sacralgeschwülste ergiebt sich, dass S. ihre Bösartigkeit anzweifeln zu müssen glaubt, wie weiter, dass er die früheren Anschauungen zu widerlegen sucht, als sei ihre Ursache und ihr Ursprungsort im Weiterbestehen von im

extra-uterinen Leben zum Schwinden bestimmten Gebilden (Chordareste, Luschka'sche Steißdrüse etc.) zu suchen.

Am Schluss seiner Arbeit rekapitulirt S. kurz in Thesenform die Ergebnisse seiner Untersuchungen, denen 10 eigene Beobachtungen, wie ein sorgfältiges Studium der Litteratur, zu Grunde liegen.

Die Arbeit wird jedem Chirurgen von großem Interesse sein.

Gross (Altona).

---

26) **W. Pfaehler.** Die angeborenen Geschwülste der Kreuz-Steißbeingegend.

Inaug.-Diss., Bern, Sent & Cie., 1897. 56 S.

Verf. bespricht bei Anlass eines von Fehling operirten Falles auf Grund der bisher mitgetheilten Beobachtungen die pathologisch-anatomische Bedeutung der Steiß-Kreuzbeingeschwülste und kommt zu der Ansicht, dass eine Zusammengehörigkeit aller Sacralgeschwülste angenommen werden muss. Die Frage der mono- oder bigerminalen Entstehung dieser Geschwülste lässt er dagegen noch völlig offen.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Luxationen im Kniegelenk.

Von

Ferdinand Bähr in Hannover.

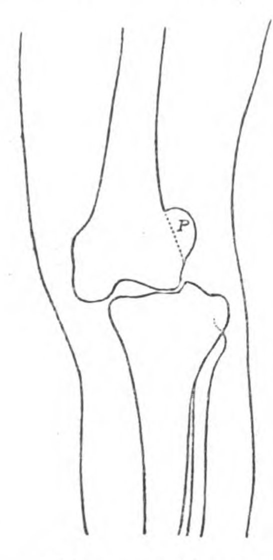
Der nachfolgende Fall dürfte, abgesehen von der Seltenheit der Verletzung, aus anderen Gründen die Publikation rechtfertigen.

Fräulein v. X., 30 Jahre alt, konsultirte mich am 10. Januar 1899 wegen Steifigkeit des linken Kniegelenks. Am 5. September 1898 war sie beim Durchgehen des Pferdes aus dem Wagen gefallen; über die nähere Art des Zustandekommens der Verletzung konnte sie begreiflicherweise keinen Aufschluss geben. Der behandelnde Arzt habe eine Verrenkung konstatirt und dieselbe eingerichtet. Nach Abnahme des Schienenverbands (ca. 4 Wochen) habe er einen Specialisten zugezogen, der Alles in Ordnung fand. (Der behandelnde Kollege theilte mir später mit, er habe die Konsultation desshalb gewünscht, weil ihm das Gelenk nicht ganz normal vorgekommen sei. Er sei nach der in Narkose erfolgten Reposition fest überzeugt gewesen, dass die nach innen stattgehabte Luxation richtig reponirt gewesen sei, denn er habe das Kniegelenk ad maximum beugen können.)

Auf Grund dieser Anamnese und unter Rücksicht auf den Umstand, dass die Form des Gelenks relativ wenig verändert war, war ich geneigt, einen Bruch des Condylus externus femoris anzunehmen, machte aber doch am 17. Januar eine Röntgenaufnahme. Zu meiner weiteren Entschuldigung muss ich hinzufügen, dass bei der Schwellung des Gelenks und der reichlichen Adipositas die Palpation sehr erschwert war, und ich ja auch nach dem Voraufgegangenen annehmen musste, die Reposition sei völlig gelungen.

Die Verhältnisse gehen aus der nach einer Röntgenphotographie photographisch wiedergegebenen Skizze des Gelenks, das in Streckstellung nur eine minimale Flexionsexkursion gestattete, klar hervor. Die Patella (P.) hat mit ihrem medialen Rande nicht gezeichnet. In der Fossa intercondylea femoris liegt — in der Skizze nicht angedeutet — ein unbestimmt zeichnendes Gebilde, der Form

des Hohlraums entsprechend, dessen Natur nicht ersichtlich ist, vielleicht ein abgesprengtes Knochenstückchen. Die mediale Zacke der Eminentia intercondyloidea tibiae ist zum Theil abgetragen, die Facette des Condylus externus femoris hat sich gerade vor der äußeren Zacke eingehakt. Auffallend bleibt die geringe Formveränderung des Kniegelenks, und ich meine, die Diagnose derartiger Verletzungen ist nicht so ganz leicht, wie dies gelegentlich dargestellt wird, zumal bei der Spärlichkeit der Fälle. Ich gebe zu, dass ich durch die Anamnese irregeleitet wurde, aber bei der vorliegenden wird man nicht so leicht auf den Gedanken kommen, die nach innen stattgehabte Verrenkung sei bei der Reposition in eine äußere umgewandelt worden oder habe sich später in eine solche verwandelt. Möglicherweise ist dies im Anschluss an die ausgeführte Flexion nach der Reposition bei der Extension geschehen.



Danach giebt es außer vollständigen Luxationen nach außen solche Verrenkungen, bei denen die Facette des Condylus femoris externus bald medial von der lateralen, bald von der medialen Zacke der Eminentia intercondyloidea tibiae steht.

Noch will ich darauf hinweisen, wie sehr unser Bild beispielsweise von der in Hoffa's Lehrbuch vorhandenen Abbildung einer seitlichen Luxation abweicht bezüglich der äußeren Form des Kniegelenks, obwohl nur ein kleiner Unterschied im Luxationsgrad besteht. Es handelte sich dort um die dritte Form des vorstehend skizzirten Verrenkungsgrades.

Die vorgeschlagene Reposition wird bei der Länge der Zeit voraussichtlich in unserem Falle blutig gemacht werden müssen.

---

27) 66. annual meeting of the british medical Association. Section of diseases of children.

(Brit. med. journ. 1898. Oktober 15.)

A discussion on the treatment of spinal caries.

Victor Horsley sieht bei Behandlung der tuberkulösen Wirbelcaries zwei Aufgaben vor sich: einmal die Behandlung der tuberkulösen Ostitis — des lokalen Krankheitsherdes —, zweitens die Behandlung der Deformität der Wirbelsäule. Bezüglich der ersten Aufgabe, die ihm die wichtigere zu sein scheint, möchte er die bisherige Behandlungsweise mit Fixirung der Wirbelsäule und Ruhe allein aufgeben und frühzeitigen lokalen operativen Eingriff mit nachfolgender elastischer Extension an den unteren Extremitäten und Kopf dringend befürworten. Für die Behandlung nachweisbarer Abscesse gelten die verschiedenen Modifikationen der freien aseptischen Incision mit Auskratzung etc. je nach Lage des Abscesses bei dorsalen Erkrankungen verbunden mit Laminektomie.

Das gewaltsame Redressement des Buckels nach Calot verwirft H. Es erfüllt nur die eine Aufgabe der Behandlung, die Deformität zu beseitigen, und kann hier völlig durch die frühzeitige Laminektomie ersetzt werden; die Hauptaufgabe der Behandlung des lokalen Erkrankungsherdes ignorirt es hingegen völlig. H. hat das Verfahren nie ausgeübt.

Robert Jones legt weniger Werth auf Extension, wie auf Ruhigstellung der Wirbelsäule durch Schienenlagerung. Einen operativen Angriff des lokalen Erkrankungsherdes hält er nur selten für ausführbar. Die Reduktion des Buckels nach Calot hat er in 39 Fällen ausgeführt, 7mal mit tödlichem Ausgang, 2mal als unmittelbarer Effekt der Operation. Ein abschließendes Urtheil über das Verfahren behält er sich vor.

R. W. Murray hat bei 14 Kindern nach Calot operirt; 2 Pat. sind gestorben, bei 3 weiteren hat die Tuberkulose im Anschluss an den Eingriff solche Fortschritte gemacht, dass der Tod erwartet wird. Seine Erfolge sind nicht ermutigend.

Noble Smith befürwortet die alten mechanischen Behandlungsmethoden.

A. H. Tubby hat 29mal das Redressement vorgenommen mit nur 1 Todesfall (nach 2 Monaten). Seine Resultate sind nicht schlecht: 4mal erzielte er eine völlig gerade Wirbelsäule, meist erhebliche Besserung. Er hält eine sorgfältige Auswahl der Fälle für nöthig.

W. Thomas verlangt im frühen Stadium der Wirbelcaries Fixirung der Wirbelsäule und allgemeine hygienische Maßregeln für längere Zeit. Im Abscessstadium — Fortsetzung der Fixirung — möglichstes Aufschieben der Eröffnung des Abscesses, eventuell freie antiseptische Incision etc.

Im letzten chronischen Stadium nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen kann in leichteren Fällen von der Calot'schen Operation vielleicht etwas verwerthet werden. Ein Urtheil darüber ist zur Zeit noch nicht möglich.

R. W. Murray. The treatment of clubfoot.

Während M. in leichteren Klumpfußfällen mit Redressement, Tenotomie der Achillessehne und Schienenbehandlung zum Ziel kommt, führte er bei schwereren Fällen stets die subkutane Durchtrennung der Placentarfascie, der spannenden Gewebstheile am inneren Fußrand, so wie der Talonavikularbänder mittels eines vor dem Malleolus internus eingeführten Tenotoms aus. Nach Überkorrektion der Varusstellung folgt die Tenotomie der Achillessehne, dann ein Verband und die Fixirung des Fußes in der gewonnenen Stellung durch einen Pflasterverband. Nach Heilung der Tenotomiewunden werden nur noch redressirende Pflasterverbände (alle 3 Wochen) angelegt.

M. hat dieses Verfahren in 117 Fällen erprobt und ist mit seinen Resultaten, die durch Photogramme illustrirt werden, sehr zufrieden. Bei Kindern jenseits des Alters von 5 Jahren mit hochgradigen Klumpfüßen hält M. eine Operation, und zwar die Außmeißlung eines genügend großen Keils aus der konvexen Seite des Fußes, für angezeigt. M. hat dieselbe bei 42 Pat. 52mal ebenfalls mit guten Erfolgen ausgeführt. Das Lorenz'sche Redressement wird noch nicht erwähnt.

Frederic Eve. On tendon grafting or »function transference in the treatement of infantile paralysis«.

E. theilt 4 Fälle, in denen er durch Sehnenüberpflanzung gute Resultate erzielt hat, mit:

Im 1. Falle hat er die gelähmten Extensoren der Zehen mit dem Tibialis post., die getheilte Achillessehne mit der Sehne des gelähmten Peroneus longus vereinigt.

Im 2. Falle, Pes equinovarus in Folge von Kinderlähmung, wurde der Tibialis anticus mit der Sehne des gelähmten Peroneus brevis, die Sehne des Tibialis posticus mit der des Extensor dig. longus verbunden. Die Achillessehne wurde durch seitliche Einkerbungen verlängert.

Im 3. Falle wurde der Tibialis posticus zum Ersatz des gelähmten anticus, der Peroneus brevis für den Extensor digit. com. herangezogen.

Im 4. Falle handelte es sich um einen Pes equinovalgus. Die gut wirkenden Peronei wurden desshalb mit dem Extens. digit. longus bezw. dem Tibialis anticus verbunden.

Bezüglich der Technik erwähnt E., dass er wegen störender nachfolgender Ödeme von den langen Schrägschnitten abgekommen ist und jetzt kleinere Incisionen an den verschiedenen Stellen, verbunden mit Hautunterminirungen verwendet. Die Vereinigung der Sehnen wurde meist so ausgeführt, dass in die Sehne des gelähmten Muskels ein Schlitz gemacht und die durchtrennte Sehne des kraftspendenden Muskels durch diesen hindurchgeführt und durch 3—4 Nähte befestigt wurde.

Jos. H. Nicoll. The radical cure of spina bifida.

N. theilt seine Erfahrungen bei Radikaloperation der Spina bifida mit. Er hat 32mal operirt mit 7 Todesfällen innerhalb des ersten Monats nach der Opera-

tion; zu berücksichtigen ist dabei, dass er es sich zur Regel gemacht, zur Operation gebrachte Kinder nicht zurückzuweisen. Bei Besprechung der Operationsmethode ist zu erwähnen, das N., wie wohl allgemein üblich, die Bildung von Muskelfascien- und Hautlappen zur Deckung des Defekts bevorzugt. In Fällen, in denen Nervenstränge im Sack selbst vertheilt liegen, entfernt er nur die von diesen freien Theile des Sacks; der übrige Theil wird durch Incisionen längs den Nervensträngen in Streifen geschnitten, so von innen her angefrischt und dann in die Lücke der Wirbelbögen versenkt — eine Methode, die in ähnlicher Art schon von Mayo Robson angegeben worden war.

Jules Comby (Paris). Movable kidney in children.

Die Wanderniere bei Kindern ist nicht so selten, wie man vielleicht denkt. C. konnte 18 Fälle von Wanderniere, davon 2 im 1. bezw. 3. Monat, 6 zwischen 1.—10., 10 Fälle jenseits des 10. Lebensjahres feststellen. Interessant ist, dass von den 18 kleinen Pat. 16 weiblichen Geschlechts waren, ein Procentsatz, der dem Vorkommen der Wanderniere bei Erwachsenen etwa entspricht. Der Zustand war meist latent; 14mal waren mit der Wanderniere dyspeptische Zustände und Obstipation verknüpft. Dieselben hält C. aber für sekundäre Erscheinungen. Er ist der Meinung, dass die Anlage der Wanderniere angeboren ist, und dass erst später chronische Auftreibung von Magen und Darm, Schnüren, Hypertrophie der Leber, ein Trauma oder dgl. den bisher latenten Zustand in einen manifesten verwandelt.

F. Krumm (Karlsruhe).

28) **Menke.** Rankenneurom mit allgemeiner Multiplicität von Neuromen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 44.)

M. konstatirte bei einem 23jährigen Manne über der Crista ossis ilei eine verschiebbare, offenbar aus vielen spindelförmigen Knoten bestehende, auf Berührung ungemein schmerzhafte Geschwulst von mittlerer Konsistenz und langgestreckt. Die Knoten fühlten sich wie auf eine Schnur aufgezogen an. Nach Stellung der Diagnose auf Rankenneurom entfernte M. die Geschwulst, deren histologische Untersuchung die Diagnose bestätigte. Die makroskopische und mikroskopische Beschreibung der Geschwulst eignet sich nicht für das Referat und muss im Original gelesen werden. Außer diesem Rankenneurom, das von den Lumbalnerven ausgegangen war, fanden sich bei dem Pat. noch eine stattliche Reihe anderer Neurome plexiform am Hals und Rumpf vor, hingegen war der Kopf, sonst der häufigste Sitz der Rankenneurome, freigeblieben. In Bezug auf die Ätiologie ist nichts Bemerkenswerthes zu erwähnen. Da nach Scheithauer bei Idiotie allgemeine Nervenverdickung häufig vorkommt, wobei das Neurom nur eine lokale Steigerung darstellt, muss noch hervorgehoben werden, dass der Kranke M.'s idiotisch veranlagt war.

Schließlich vertritt Verf. die Ansicht Benda's, dass eine Regeneration von Nervenfasern in seinem Falle stattgefunden haben müsse, da die Geschwulst ein wirres Netz erheblich zahlreicherer Nervenfasern darbot, wie man sie in der relativ nervenarmen Region der entfernten Geschwulst zu erwarten gehabt hätte.

Die einschlägige Litteratur hat M. erschöpfend berücksichtigt.

Gold (Bielitz).

29) **E. Briau** et **Sargnon** (Lyon). Myxoedème post-opératoire chez un goitreux. Grande amélioration par l'iodothyrine de Baumann.

(Gaz. hebdom. de méd et de chir. 1898. Juli.)

Es handelt sich um einen 30jährigen Mann mit großem rechtsseitigen Kropf und mäßigen, aber deutlichen kretinösen Erscheinungen; keine Spur von Myxödem. Trotz der größten Sorgfalt bei der Operation kehrt der Kranke nach etwa 1 Jahr mit vollkommen ausgesprochenem Myxödem ins Krankenhaus (Poncet) zurück. Das frühere Lächeln in seinen Zügen hat einer völligen Stumpfheit Platz gemacht, Worte, die er früher geläufig lesen konnte, kann er nicht einmal mehr buchsta-

biren. Ein täglicher Gebrauch von 0,3 Jodothyrin stellt den Kranken so weit wieder her, dass er sich glücklich fühlt darüber, nun so zu sein »comme tout le monde«, und dass er sich nach seiner ländlichen Arbeit zurücksehnt.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

30) G. Hampel. Beitrag zur chirurgischen Behandlung von Morbus Basedowi.

Inaug.-Diss., Greifswald, J. Abel, 1898. 35 S.

Verf. berichtet über 7 an der Greifswalder Klinik mit Strumektomie behandelte Fälle von Basedow'scher Krankheit. In einem der Fälle wird die Diagnose vom Verf. selbst als zweifelhaft hingestellt. Von den übrigen werden drei als primäre und drei als sekundäre Basedow-Erkrankungen aufgefasst.

Was die Erfolge betrifft, so wurde, nach Weglassung des unsicheren Falles, bei 4 Pat. ein an Heilung grenzendes Resultat erreicht. Der Puls sank regelmäßig zu normaler Frequenz herab, und der Exophthalmus ging allmählich zurück. In einem Falle blieb immerhin noch eine gewisse Neigung zu Herzklopfen bestehen, das sich bei größeren Anstrengungen äußerte, und bei der letztoperirten, nur 4 Monate lang beobachteten Pat. bestand noch etwas Exophthalmus. Bei den übrigen 3 Pat. betrug die Beobachtungszeit $1^1/_4$—5 Jahre. Bei einem weiteren Falle wurde eine dauernde Besserung erzielt und bei einer letzten Pat. ein völliger Misserfolg in Folge Recidivs.

Auf eine vergleichende Besprechung der verschiedenen heut zu Tage in Betracht kommenden operativen Eingriffe (Strumektomie, Unterbindung der Schilddrüsenarterien, Sympathicusresektion) geht Verf. nicht ein, sondern erwähnt dieselben nur kurz, um der Strumektomie den Vorzug zu geben. Bezüglich der Indikationsstellung verlangt er eine vorgängige interne Behandlung, dringt aber darauf, dass bei Erfolglosigkeit derselben mit der Operation nicht gezögert werden solle. Wenn er von der »geringen Gefahr« derselben spricht, so sollte immerhin nicht unerwähnt bleiben, dass die Strumektomie bei Basedowkranken einen erheblich ernsteren Eingriff darstellt, als bei dem gewöhnlichen Kropf, wo sie allerdings ungefährlich geworden ist.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

31) E. Levy. Über metastatische Meningitis nach Verletzungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

L. macht an der Hand von 4 einschlägigen Fällen auf die interessante und namentlich für die Unfallheilkunde wichtige Thatsache aufmerksam, dass im Anschluss an Verletzungen metastatische Meningitiden auftreten können, ohne dass sonstige Metastasen im Körper gebildet werden. Irgend welche andere Ursache für die Hirnhautentzündung, als Kopfverletzungen, Ohreiterung etc., wurde in keinem der Fälle gefunden, es durfte daher der Nachweis von Streptokokken, der in 3 derselben erbracht wurde, als Beweis für den metastatischen Charakter der Erkrankung aufgefasst werden. In Fall 2 fehlen bakteriologische Untersuchungen, und somit ist hier ein zufälliges Zusammentreffen von Meningitis und Verletzung nicht völlig auszuschließen gewesen. Aus der Litteratur konnte Verf. nur noch einen ähnlichen Fall (E. v. Hoffmann's) anfügen, wie denn überhaupt pyämische Meningitiden bisher relativ selten beobachtet worden sind.

Honsell (Tübingen).

32) Laborde. Sur l'ablation du sympathique cervical dans l'épilepsie expérimentale.

(Bull. de l'acad. de méd. 1898. No. 48.)

Die vollständige Entfernung des Halssympathicus mitsammt dem oberen, mittleren und unteren Ganglion hat keinen merkbaren Einfluss gehabt auf die ausgeprägte experimentelle Epilepsie.

Borchard (Posen).

33) **Wörner.** Zur Kasuistik der Wirbelsäulenverletzungen.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. II. Hft. 3.)

W. beschreibt 3 Fälle von Wirbelsäulenverletzung, von denen er den ersten bezeichnet als: »Ein Fall von Quertrennung des Halsmarkes nach Trauma ohne Wirbelverletzung«.

Ein Fuhrknecht verunglückte in der Weise, dass seine Pferde scheu wurden, den kleinen Möbelwagen, den er führte, umwarfen; er kam mit seinen Beinen unter den Wagen zu liegen, während ihm die Möbel über den Oberkörper hinwegrollten. Pat. wurde sofort ins Krankenhaus gebracht, wo in Narkose die erste Untersuchung und Behandlung vorgenommen wurde. Es wurde eine Fraktur des linken Oberschenkels festgestellt, Abschürfungen an verschiedenen Körperstellen. Eine Fraktur der Wirbelsäule wurde mit Sicherheit ausgeschlossen. Pat. hatte keinerlei Zeichen einer Lähmung oder sensiblen Störung. In der Nacht — genauere Zeit ist nicht angegeben — also ca. 12 Stunden nach der Verletzung (! Ref.) traten Zuckungen in Händen und Beinen auf, am nächsten Morgen wurde eine Lähmung der unteren Extremität, der Bauch-, Rücken-, Interkostalmuskeln konstatirt, Parese der oberen Extremität; dieser Zustand soll nach Angabe des Pat., der bisher ein ungetrübtes Bewusstsein hatte, allmählich eingetreten sein. Blasen- und Mastdarmstörungen sind vorhanden. Der Urin wird 2mal am Tage durch Katheter entleert, er nimmt bald eine jauchige Beschaffenheit an; vom 3. Tage an Fieber; in Bezug auf die nervösen Störungen bleibt das Bild unverändert, schwerer Decubitus tritt hinzu. Am 23. Tage nach dem Unfall muss der hohe Blasenschnitt gemacht werden, da der Katheter sich durch Gewebsfetzen aus der Blase verstopft; nach 28 Tagen Tod. Die Sektion ergiebt neben schweren Veränderungen der Blase das Bild septischer Erkrankungen von Herz, Niere, Milz. Besonders interessant ist der Befund an Wirbelsäule und Rückenmark. An jener lag keine Fraktur vor, nur war eine abnorme Beweglichkeit in der Bandscheibe zwischen V. und VI. Halswirbel zu konstatiren, die aber W. auf die ziemlich gewaltsamen Manipulationen bei Herausnahme der Wirbelsäule bezieht.

Das Rückenmark zeigte in situ normale Formen; erst nach dem Herausnehmen war in der Höhe des V. und VI. Halswirbels eine weiche Stelle zu konstatiren, dort zeigte sich beim Einschneiden das Mark in einer Ausdehnung von 1 cm zerstört. — Myelitis.

Eigenartig ist die Deutung, die W. dieser Markverletzung zu Theil werden lässt; er meint nämlich, dass eine Distorsion der Wirbelsäule vorgelegen habe, die ihrerseits wieder eine Quetschung des Rückenmarks bedingt habe. Hierbei muss es aber auffallen, dass die Wirkung der Quetschung erst ca. 12 Stunden nach der Verletzung auftrat; man müsste doch eigentlich annehmen, dass die nervösen Störungen sofort eingetreten wären. Dieser Mechanismus der Rückenmarksverletzung scheint nicht recht einleuchtend. Eine Hämatomyelie, welche die Symptome viel ungezwungener erklären würde, scheint nach dem Sektionsbericht auszuschließen zu sein. Es giebt aber Myelitiden, die ohne Verletzung der Wirbelsäule, nicht nur in ihrem Halstheil, sondern auch in ihren anderen Abschnitten, im Anschluss an Verletzungen vorkommen; diese entwickeln sich erst Stunden und Tage nach dem Trauma. Ein derartiger Process wäre wohl hier heranzuziehen.

Auffällig ist es ferner, wenn W. über das Fieber schreibt: »Aus der bald auftretenden schweren Entzündung der Blase oder dem Lungenkatarrh ist dieses Fieber nicht zu erklären, es muss also mit der Markläsion direkt zusammenhängen«. So bestimmt möchte Ref. dieses nicht ausgesprochen sehen, eigentlich genügt doch eine derartige Cystitis, wie sie W. beschreibt, um das Fieber zu erkären; der Mann ist doch schließlich an Sepsis zu Grunde gegangen.

Als 2. Fall einer Wirbelsäulenverletzung beschreibt W. eine typische traumatische Spondylitis.

Diesen beiden Fällen, die röntgographirt wurden, fügt er noch einen dritten hinzu: eine Verrenkung des Atlas nach vorn, die er vor der Röntgen'schen Entdeckung beobachtete. Mehrere Wochen nach gelungener Reposition trat eine Reluxation ein, die im Gegensatz zur ursprünglichen Verletzung Lähmungen im Gefolge hatte, die nur zum Theil zurückgingen. **H. Wagner** (Breslau).

34) O. Wendel. Zur Kasuistik der Schussverletzungen der Wirbelsäule.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

W. weist an der Hand dreier einschlägiger Beobachtungen darauf hin, dass bei den Schussverletzungen der Wirbelsäule auch schwere Lähmungserscheinungen nicht mit Nothwendigkeit für eine direkte Verletzung des Rückenmarks sprechen, sondern von punktförmigen Hämorrhagien bedingt sein können und daher einer vollständigen Heilung fähig sind. Im ersten der mitgetheilten Fälle hatte das Geschoss den Bogen des 9. Brustwirbels gestreift. Gleich nach dem Schuss trat eine vollständige Paraplegie beider Beine mit Aufhebung der Sensibilität so wie Blasenlähmung ein, Tod an Lungenblutung nach 24 Stunden. Trotz der schweren klinischen Symptome fand sich bei der Sektion die Dura unverletzt, das Rückenmark selbst äußerlich ebenfalls unverändert; als alleinige Ursache der aufgetretenen Störungen zeigten sich in Querschnitten des Markes in der Höhe des 9. Brustwirbels und etwas weiter abwärts punktförmige Blutungen im Bereich des Hinterhorns und der Seitenstränge. Danach wäre ein Rückgang der klinischen Erscheinungen allerdings keineswegs auszuschließen gewesen. Thatsächlich eingetreten ist ein solcher Rückgang in 2 weiteren Fällen W.'s, die beide unmittelbar nach der Verletzung schwere Lähmungserscheinungen aufwiesen, in der Folge aber fast vollständig wiederhergestellt, resp. bedeutend gebessert wurden. Beide Male ließ sich das Geschoss skiagraphisch im 8. Brustwirbel nachweisen.

Honsell (Tübingen).

35) G. Müller (Berlin). Zur Behandlung der Wirbelsäulenerkrankungen mittels portativer Apparate.

(Sonder-Abdr. aus der Deutschen Medicinalzeitung 1898. No. 87.)

Wegen des zu starken lokalen Drucks ist man in letzter Zeit von den früher üblichen Pelottenapparaten zu ganzen Korsetts in der Behandlung von Rückgratsschäden übergegangen. M. hat durch Wiedereinführung der Pelotte leichtere und bequemere Apparate hergestellt. Die Schäden der alten Pelotten sind durch Einführung eines Luftkissens beseitigt. Mehrere Abbildungen zeigen die Anwendung und den Bau der Bandage. **Roesing** (Hamburg).

36) W. D. Ssobolewski. Zur Frage der operativen Behandlung der Drucklähmungen bei tuberkulöser Spondylitis.

Diss., St. Petersburg, 1898. (Russisch.)

Verf. bespricht 148 Fälle aus dem Petersburger Obuchow-Hospital. Die häufigste Ursache des Drucks war fungöse und kaseöse Peripachymeningitis, nicht begrenzte Abscesse. Druck durch Knochen fand sich in 45%. Die günstigsten Ausgänge giebt die Operation bei skleröser Peripachymeningitis und beendeter Tuberkulose (100% geheilt); Peripachemeningitis posterior bei Erkrankung des Wirbelbogens und begrenzte Extraduralabscesse geben 75%, chronische kaseöse Processe 57%. Am ungünstigsten sind die Fälle von Affektion der Dura und des Marks selbst. — Die Indikationen für mechanische und operative Behandlung sind jetzt noch nicht aus einander zu halten, daher muss mit mechanischen Mitteln begonnen werden; von den operativen Methoden ist die Laminektomie die rationellste. — Verf. bringt u. A. seltene Fälle: Pachymeningitis int. adhaesiva und Abscessus intraduralis. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

37) R. W. Lovett. Spondylolisthesis, with description of a case.

(Transactions of the American orthopedic association 1897.)

Nach einigen einleitenden Worten über Definition und Geschichte der Affektion, welche hauptsächlich durch die bekannte ausführliche Arbeit von Neugebauer

eine Klärung erfahren hat, werden die pathologische Anatomie, das Vorkommen bei beiden Geschlechtern, die Symptomatologie, wie sie sich bei dem genannten Autor finden, und die Behandlungsmethoden besprochen. Dann folgt die eigene Beobachtung, die einen 18jährigen jungen Mann betrifft. Demselben war ein schwer beladener Wagen über das Becken gegangen. Der Pat. konnte nach der Verletzung nicht mehr gehen, blieb aber nur eine Woche im Bett. Dann ging er an Krücken herum. Weder durch Harnröhre noch Mastdarm war Blut abgegangen. Als ihn L., 5 Monate nach der Verletzung, zum 1. Mal sah, glaubte man einen schweren Fall von Pott'schem Übel in der Lumbalgegend mit Psoas-Abscess vor sich zu haben. Auffällig war die starke Vorragung des Os ilei nach rückwärts, die starke Lordose der Lendengegend, die Verkürzung des Stammes und der schlechte Gang. Die Form der Hüften hatte Ähnlichkeit mit der bei angeborener Hüftverrenkung. Die Trochanteren standen aber in der Nélaton'schen Linie. Zwischen dem Kreuzbein und der Lendenwirbelsäule bestand eine scharfe Verschiebung. Die etwa 1 Jahr lang dauernde Behandlung mit Gips- und Schnürkorsetten brachte Erleichterung. Die Deformität der Wirbelsäule blieb die gleiche. Über die Art der Verletzung konnte Näheres nicht mitgetheilt werden.

J. Riedinger (Würzburg).

38) **A. Mouchet.** Un cas curieux de scoliose congénitale dorso-lombaire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Mai.)

Es handelt sich um ein 2jähriges Mädchen, bei welchem 8 Tage nach der Geburt ein lumbo-dorsaler Buckel entdeckt worden war. Zur Heilung wurde nichts gethan. Mit 11 Monaten begann das Kind zu laufen und entwickelte sich

Fig. 1.



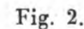


Fig. 2.



im Übrigen ausgezeichnet. Aus den beiden Abbildungen (Fig. 2 ist in der Klinik Baudelocque radiographisch aufgenommen, während das Kind in Bromäthylnarkose lag) ist alles Wissenswerthe zu ersehen. Ein zwischen 1. und 2. Lendenwirbel eingeschaltetes Knochenstück bildet den Grund für die Deviation.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. **Sonnabend, den 1. April.** **1899.**

XXVIII. Chirurgenkongress.

Um möglichst rasch nach alter Weise im Centralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

(Aus der Breslauer chirurg. Klinik des Geh.-Rath Mikulicz.)

I. Zur Ätiologie der kongenitalen Hüftluxation, nebst Bemerkungen über die unblutige Behandlung derselben nach Paci-Lorenz.

Von

Dr. G. Drehmann.

Über die Ätiologie der angeborenen Hüftluxation sind die Meinungen noch getheilt. Lorenz nimmt einen chronisch-traumatischen Process im intra-uterinen Leben an; er meint, dass durch eine Zwangsstellung des Hüftgelenks in starker Flexion ein allmähliches Abrutschen der Gelenkflächen von einander zu Stande komme.

Hoffa, welcher früher der Dollinger-Grawitz'schen Theorie den Vorzug gab, neigt jetzt mehr einer der Lorenz'schen ähnlichen mechanischen Theorie zu und fasst die Deformität als intra-uterine Belastungsdeformität auf. Dagegen führt Heusner wieder energische Bedenken gegen derartige Theorien auf, da sie die Heredität und das häufigere Vorkommen bei Mädchen nicht berücksichtigen.

Ich hatte in der Breslauer Klinik Gelegenheit, in der letzten Zeit 3 Fälle zu untersuchen, welche vielleicht etwas Licht in die Ätiologie dieses Leidens bringen können.

In dem 1. Falle handelte es sich um einen $^5/_4$ Jahre alten Knaben, welcher neben einer rechtsseitigen Hüftluxation nach hinten eine abnorme Schlaffheit fast sämmtlicher Gelenke zeigte.

Der 2. Fall betrifft ein 1jähriges Mädchen mit rechtsseitiger völliger Luxation nach hinten. Das Kind wurde nach der Anamnese des Arztes, welcher die Geburt leitete und das Kind später zur Klinik sandte, in Beckenendlage geboren; das rechte Bein war bei gestrecktem Knie am Rumpf nach oben geschlagen, der Fuß in der Achselhöhle eingeklemmt. Auch jetzt kann diese Stellung noch mit Leichtigkeit hergestellt werden. Das Knie lässt sich bei normaler Flexion bis 220° hyperextendiren, der Fuß zeigt leichte Calcaneusstellung.

Der 3. Fall endlich betrifft einen 3jährigen Jungen mit rechtsseitiger Luxation, welcher in Steißlage extrahirt wurde. Kurz nach der Geburt äußerte das Kind bei Berührung der rechten Hüfte starke Schmerzen.

Der 2. Fall spricht für die mechanische Theorie, wie sie von Lorenz vertreten wird. Dadurch, dass der nach oben geschlagene Fuß in der Achselhöhle festgehalten wurde, kam es zu Hyperextensionsstellung im Knie, gleichzeitig zu starker Flexion und nach und nach zur Luxation im Hüftgelenk. Es ist wohl anzunehmen, dass die genannte Stellung schon längere Zeit im intra-uterinen Leben

bestanden hatte, da sie sich in den letzten Monaten wegen der völligen Ausfüllung der Uterinhöhle durch die Frucht nicht mehr ausbilden kann.

Bei dem 3. Falle ist die Entstehung der Luxation während des Geburtsaktes selbst nicht ganz von der Hand zu weisen. Es könnte sich also hier um eine intra partum entstandene, somit eine traumatische Luxation handeln.

Im 1. Falle bestand eine abnorme Schlaffheit aller Gelenke, welche die Entstehung der Luxation unterstützte. Derartige Fälle werden allerdings sehr selten (J. Wolff) beobachtet, so dass sie für die Ätiologie nicht besonders in Betracht kommen können.

Beachtenswerth ist, dass es sich in unseren Fällen bei ganz jungen Kindern im Gegensatz zu den Beobachtungen Kölliker's stets um hintere Luxationen handelte.

Die mechanische Theorie im Sinne von Lorenz bietet für die meisten Fälle wohl die beste Erklärung, auch die Heredität lässt sich durch eine ererbte Haltung des Fötus mit stark flektirten Hüftgelenken oder stärkerer Inflexion des Oberkörpers erklären. Trotzdem liegt die Annahme nahe, dass nicht alle Luxationen dieselbe Ätiologie haben. Dadurch lassen sich auch ungezwungen die verschiedenen Erfahrungen erklären, welche in der Behandlung des Leidens besonders mit den unblutigen Methoden gemacht wurden. Es kann ja für den Erfolg nicht gleichgültig sein, ob die Luxation in einer relativ frühen fötalen Periode sich entwickelt hat, oder ob sie in den letzten Monaten oder Wochen des intra-uterinen Lebens oder gar erst intra partum entstanden ist. Im ersten Falle sind Kopf, Pfanne und Kapsel verkümmert und zur Herstellung normaler Verhältnisse absolut ungeeignet, im letzteren Falle können vielleicht nur geringfügige Hindernisse der vollkommenen Reposition im Wege liegen. Es ist nicht zu bezweifeln, dass nach den verschiedensten in letzter Zeit empfohlenen unblutigen Behandlungsmethoden in einzelnen Fällen wirkliche radikale Heilungen im funktionellen und anatomischen Sinne erzielt worden sind. Auffallenderweise aber wiederholte sich fast immer dasselbe Spiel: während die Einen mit ihrem Vorgehen gute Erfolge verzeichneten, konnten Andere, welche die Methode nachprüften, wenig erreichen. Es ist dieses nicht, wie es in der letzten Zeit gern geschieht, auf mangelhafteres Können zurückzuführen, sondern auf die Verschiedenheit der Luxationen überhaupt. Eine Reihe von Luxationen lassen sich leicht nach verschiedenen Methoden unblutig reponiren, bei anderen gelingt es wohl, den Kopf in die Höhle der Pfanne zu bringen, aber eine Retention ist bei noch so großer Sorgfalt nicht möglich. Glücklicherweise haben wir jetzt in dem Röntgenbild einen guten Prüfstein unserer therapeutischen Maßnahmen, welcher uns rechtzeitig vor übertriebenen Erwartungen schützt. Ein tadelloses Endresultat können wir nur in den Fällen mit Sicherheit erwarten, in welchen der Kopf in der Pfanne bleibt; bei den übrigen, in welchen der nach vorn

gebrachte Kopf sich dicht oberhalb der Pfanne fixirt, bleibt das Endresultat zunächst immer zweifelhaft. Der Kopf findet anfänglich zwischen dem festen Lig. Bertini und der Spina ant. inf. eine gute Stütze, ob er aber dort bleibt, ist eine andere Frage. Zur Blüthezeit der blutigen Behandlung nach Hoffa und Lorenz wurde das genannte Bedenken stets der Methode von Paci, welcher immer für die unblutige Behandlung eintrat, entgegengebracht. Jetzt scheint dieser Einwurf in Vergessenheit zu gerathen; es ist desshalb wohl angebracht, darauf zurückzukommen. Mit dem Mikulicz'schen Lagerungsapparat ist in einer Reihe von Fällen (einige davon wurden auf dem Chirurgenkongress 1896 vorgestellt) eine dauernde Fixation des Kopfes in der Pfanne, somit eine radikale Heilung erzielt worden. In der größeren Zahl der Fälle aber wurde, wie wir nach unserer jetzigen Kenntnis der Sache annehmen müssen, nur eine Fixation des Kopfes dicht oberhalb der Pfanne erreicht. Wir sahen in solchen Fällen anfänglich in der Regel ein ausgezeichnetes funktionelles Resultat; nach Aussetzen der Behandlung trat aber in mehreren dieser anfänglich günstigen Fälle im Verlauf von 2—3 Jahren unter dem Einfluss der zunehmenden Belastung der Kopf wieder nach hinten. Das mahnt uns, in der Beurtheilung der Endresultate nicht zu voreilig zu sein und die Behandlung nicht allzu früh auszusetzen.

Um kurz über unsere Erfahrungen zu referiren, so beläuft sich die Zahl der längere Zeit behandelten Fälle auf 104. Davon kommen 88 auf das weibliche und nur 16 auf das männliche Geschlecht; 78 waren einseitige, 26 doppelte Luxationen.

Mit dem Lagerungsapparat wurden 49 Fälle, und zwar 36 einseitige und 13 doppelseitige, behandelt, 2 einseitige und 1 doppelseitiger davon wurden später unblutig eingerenkt, je 1 ein- und doppelseitiger blutig reponirt. Im Allgemeinen wurde mit dem Lagerungsapparat die Erfahrung gemacht, dass der Gang in allen Fällen gebessert wurde, in den meisten Fällen fand der Kopf in der Nähe der Pfanne eine gute Stütze, vor Allem wurde die Lordose bei doppelseitigen stets beseitigt. Bei einigen der anfänglich geheilten Fälle trat, wie ich schon erwähnte, später wieder eine Reluxation nach hinten auf. Die größere Anzahl, besonders die doppelseitigen, gehen ausgezeichnet. Die Methode erfordert indess, wie schon Herr Geh.-Rath Mikulicz hervorgehoben hat, viel Aufmerksamkeit seitens der Eltern, die leider nur zu leicht erlahmt; ihre Anwendung wurde desshalb zu Gunsten der unblutigen Einrenkung in Narkose eingeschränkt, und nur noch bei ganz jungen Kindern unter 2 Jahren durchgeführt. Für die Kinder selbst bot sie jedenfalls Vortheile, da dieselben täglich längere Zeit ohne jeden beschwerlichen Verband herumlaufen und gebadet werden konnten.

25 Fälle, und zwar 19 einseitige und 6 doppelseitige, wurden blutig eingerenkt; darunter sind 11 Fälle, bei welchen vorher die unblutige Einrenkung theils misslang, theils nicht erhalten werden

konnte. Das Endresultat dieser Fälle ist im Ganzen ein gutes zu nennen.

Bei jüngeren Kindern bis zu etwa 10 Jahren erhielten wir stets bewegliche Gelenke, aber häufig Neigung zu Kontrakturstellung, wodurch eine lange orthopädische Nachbehandlung nöthig wurde. Die Kontrakturen traten auch nach absolut reaktionsloser Heilung, bei vollkommenem Verschluss der Wunden ein. Bei hochgradigen Verkürzungen im Alter von 12—24 Jahren trat eine mehr oder weniger ausgeprägte Steifigkeit regelmäßig ein, welche jedoch den kosmetischen Enderfolg wenig beeinträchtigte.

3 Fälle einseitiger Luxation bei Mädchen im Alter von 8, 11 und 14 Jahren wurden rein orthopädisch mit Mieder, Sohlenerhöhung und Gymnastik behandelt, und es wurde ein vortreffliches Resultat erreicht.

Die unblutige Einrenkung nach Paci-Lorenz wurde in 43 Fällen, und zwar in 13 doppel- und 30 einseitigen Fällen versucht. In 5 Fällen einseitiger Luxation gelang die Reposition trotz stärkster Schraubenextension nicht; es handelte sich um Kinder von 8 bis 12 Jahren; eben so wenig in 6 doppelseitigen Fällen bei Kindern über 4 Jahre. Einseitige konnten trotz wiederholter Einrenkungen 7, doppelseitige 4 nicht in der Pfanne zurückgehalten werden.

Die Einrenkung wurde in den ersten Fällen nach der Lorenz-schen Vorschrift stets nach vorheriger Schraubenextension in Angriff genommen; in den letzten 8 Fällen wurde sie ohne Extension ganz nach dem Paci'schen Einrenkungsmanöver ausgeführt. Sie gelang bei 3—5jährigen einseitigen und 3jährigen doppelseitigen Fällen ohne größere Anstrengung. Bei allen wurde der Kopf durch die stark gespannte Muskulatur viel fester in der Pfanne fixirt, als bei den durch Extension vorbereiteten. Recht deutlich war der Unterschied bei 2 doppelseitigen Fällen, in welchen experimenti causa auf einer Seite die Reposition mit, auf der anderen ohne Extension bewirkt wurde. Während auf den nicht extendirten Seiten der Kopf gut hielt, neigte er auf den extendirten sehr leicht zur Reluxation.

In sämmtlichen Fällen wurde der Erfolg durch Röntgenbilder kontrollirt, welche zum Theil durch die Gipsverbände hindurch angefertigt wurden. Zeigte es sich, dass der Kopf über den oberen Pfannenrand hinausrutschte, so wurde eine neue Reposition vorgenommen. In einigen Fällen gelang es so, trotz mehrmaliger Reluxation den Kopf definitiv in der Pfanne zu erhalten. Uns damit zu begnügen, den Kopf oberhalb der Pfanne in Außenrotation und Abduktion zu fixiren, hielten wir nach den Erfahrungen mit dem Lagerungsapparat nicht für zulässig.

Der Kopf blieb in der Pfanne in 19 Fällen; davon gehen 8 längere Zeit (2—$^1/_4$ Jahr) schon ohne Verband. Eine größere Anzahl dieser Fälle zeigte von Anfang an günstige Verhältnisse.

Unter unseren Röntgenbildern haben wir verschiedene, welche das Zunehmen der Pfanne deutlich zeigen, bei einem haben sich anscheinend stalaktitenartige Wucherungen am oberen Pfannenrand entwickelt, welche für den Kopf ein gutes Dach bilden.

Wir haben die Methode als Paci-Lorenz'sche bezeichnet, da Paci unbedingt Prioritätsrechte hat, indem er als Erster ein Verfahren angab, mit dem in einer Sitzung eine unblutige Einrenkung möglich ist, und zwar, wie wir uns überzeugt haben, auch ohne präparatorische Extension nach Lorenz. Die Verdienste von Lorenz, betreffend den Ausbau der Methode, besonders die zweckmäßige Verbandtechnik mit Belastung des Beines, werden dadurch nicht geschmälert. Wir möchten unsere Fachgenossen auffordern, die Reposition ohne vorbereitende Extension künftighin in jedem Falle zunächst zu versuchen, da sie dort, wo sie gelingt, nicht geringe Vortheile für die Nachbehandlung bietet.

II. Statische Schenkelhalsverbiegung nach Trauma (Coxa vara traumatica).

Von

Dr. P. Sudeck,

Sekundärarzt der chirurgischen Abtheilung des Neuen allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf (Oberarzt Dr. Kümmell).

Der im Folgenden zu beschreibende Fall von Schenkelhalsverbiegung ist von mehr als einem Gesichtspunkt nicht ohne Interesse, da er einerseits einen Beitrag zu der Lehre von den Schenkelhalsbrüchen liefert, andererseits aber zu der Lehre von der Coxa vara innige Beziehung hat.

Schließlich ist er ein gutes Beispiel der posttraumatischen Belastungsdifformitäten überhaupt.

Der 38jährige Rangirer Francke erlitt am 12. November 1897 einen Unfall. Er glitt aus, und seine Beine wurden dabei gewaltsam aus einander gespreizt, wobei er einen Schmerz in der rechten Hüfte verspürte. — Er ging zu Fuß zum Bahnarzt, der keine Difformität oder sonstige erhebliche Abnormität konstatiren konnte. Der Pat. lag 3 Tage im Bett, nach weiteren 7 Tagen ging er wieder an die Arbeit, die er ohne erhebliche Beschwerden verrichtete. — Im März 1898, also 4 Monate nach dem Unfall, stellten sich wieder »heimliche« Schmerzen in der rechten Hüfte ein, und das Bein wurde immer kürzer. Bei der am 16. Juli 1898 im Neuen allgemeinen Krankenhause zum Zweck der Begutachtung vorgenommenen Untersuchung zeigte sich Folgendes:

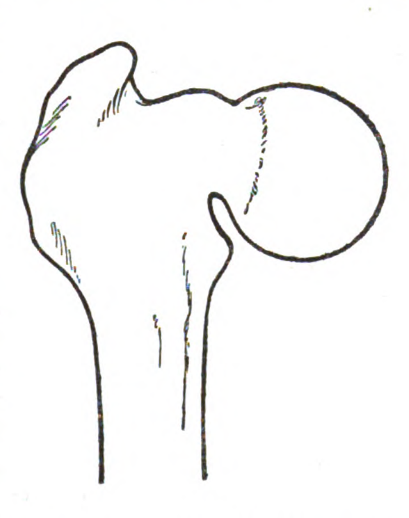
Pat. ist ein gesund aussehender kräftiger Mann. Er geht auf dem rechten Bein stark humpelnd. Die Oberschenkelmuskulatur, besonders die Adduktorengruppe ist sichtbar atrophisch.

Das rechte Bein ist, von der Spina ant. sup. gemessen, um 4 cm kürzer als das linke. Der Trochanter major steht rechts 4 cm oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie. — Von der Trochanterspitze gemessen sind beide Beine gleich lang. Das rechte Bein steht leicht adducirt, lässt sich nicht über die Körperachse hinaus abduciren. Die Einwärtsrotation ist stark beschränkt, die Flexion nor-

mal. In ruhiger Rückenlage liegt das Bein adducirt und auswärts rotirt. Der Oberschenkelkopf liegt in der Pfanne.

Es handelt sich also um eine Schenkelhalsverbiegung.

Die Röntgenaufnahme bestätigte dieses. Die Form des kranken Schenkelhalses ist aus der beistehenden Skizze ersichtlich. — Man sieht auf dem Bilde mit Sicherheit, dass der untere Kontour des Schenkelhalses nur stark eingebogen ist, aber keine Unregelmäßigkeiten im Verlauf des Kontours zeigt, während der obere Kontour des Schenkelhalses eine deutliche Abweichung, und zwar eine kleine Erhöhung gerade an der Stelle, die dem vorspringenden Pfannenrand entspricht, aufweist. Der verbogene Schenkelhals hat in der Form der Verbiegung und in der Lokalisation der Verbiegungsstelle eine große Ähnlichkeit mit den Fällen von Coxa vara adolescentium, wie sie Müller (Beitr. z. klin. Chir. Hft. 4), Hofmeister (Ibid. Bd. XXI Hft. 2) und Kocher (Dtsch. Zeitschr. für Chirurgie Bd. XLII. p. 510) abgebildet haben. Um das Zustandekommen dieser Schenkelhalsverbiegung in unserem Falle zu erklären, muss man zunächst daran festhalten, dass es sich nicht um eine gewöhnliche eingekeilte Schenkelhalsfraktur handeln kann; denn kurz nach der Verletzung hat eine Difformität nicht bestanden, und der Pat. hätte wohl kaum, auch wenn man annimmt, dass die Einkeilung eine sehr feste gewesen sei, 10 Tage nach der Verletzung seine Arbeit als Rangirer wieder aufgenommen. Auch spricht die Röntgenphotographie deutlich dafür, dass der Schenkelhals wenigstens an der unteren Seite keine Kontinuitätstrennung erlitten hat.



Viel mehr muss man nothwendigerweise die Erkrankung als durch die spätere Belastung entstanden auffassen, da die bestimmte Angabe vorliegt, dass die Verkürzung des Beines erst 4 Monate nach der Verletzung eingetreten sei. Am natürlichsten kann man sich die Schenkelhalsverbiegung folgendermaßen erklären:

Durch die gewaltsame Spreizung der Beine hat der rechte Schenkelhals mit seinem oberen Rand gegen die obere Kante der Beckenpfanne angestoßen und so eine Verletzung, wahrscheinlich eine Impression ohne Trennung des Zusammenhangs, erlitten. Möglicherweise kann es sich auch um einen Sprung in der Corticalis des oberen Schenkelhalsumfangs gehandelt haben, der durch gewaltsame Überbelastung zu Stande gekommen sein könnte.

Nachdem der akute Bruchschmerz verschwunden war, trat, noch bevor eine gehörige Ausheilung der Verletzung eingetreten sein konnte,

die normale Belastung wieder ein und hat in Folge der verminderten Widerstandsfähigkeit des Schenkelhalses allmählich und unter leichten Schmerzen zu der Verbiegung geführt. Es handelt sich also um eine Belastungsdifformität, bei der die Widerstandsunfähigkeit des Schenkelhalses durch ein Trauma leichterer Art hervorgerufen worden ist. Dass nach unvollkommenen Frakturen des Schenkelhalses nachträgliche Verbiegungen vorkommen, erwähnt Thiem in seinem Handbuch über Unfallerkrankungen (p. 228).

Symptomatologisch gleicht der beschriebene Fall dem Krankheitsbild der Coxa vara adolescentium so sehr, dass, wenn mein Pat. ein Jüngling in dem Wachsthumsalter wäre, man seine Krankheit für einen klassischen Fall von Coxa vara adolescentium erklären müsste.

Wenn nun auch die ätiologischen Verhältnisse, die der Coxa vara adolescentium zu Grunde liegen, noch nicht völlig aufgeklärt sind, so wissen wir doch so viel, dass an einer bestimmten Stelle (in der Nähe der Epiphysenlinie) in gesetzmäßiger Weise eine Verbiegung eintritt, und dass diese Stelle ihre normale Widerstandsfähigkeit durch Verhältnisse eingebüßt hat, die mit dem Wachsthum der Knochen im Zusammenhang stehen (Kocher). Der einzige Punkt, der unseren Fall von der genannten Krankheit des Wachsthumsalters unterscheidet, liegt also darin, dass in unserem Falle die Widerstandsfähigkeit nicht durch Wachsthumsvorgänge, sondern durch ein Trauma hervorgerufen ist.

Man könnte also vom symptomatischen Standpunkt von einer Coxa vara traumatica sprechen. Ob aber eine solche Krankheitseintheilung nach rein symptomatologischen Gesichtspunkten nützlich ist, und ob nicht vielmehr im Interesse der Klarheit eine ätiologische Eintheilung zweckentsprechender wäre, erscheint mir sehr zweifelhaft. Der ätiologische Gesichtspunkt führt uns nur zu einem Vergleich mit den intrakapsulären Schenkelhalsfrakturen, bei denen die Bruchstelle an derselben Stelle liegt, an der bei der Coxa vara adolescentium die Verbiegung eintritt und an der auch in unserem Falle die Verbiegungsstelle liegt. (Vgl. Kocher, Prakt. wichtige Frakturformen; Basel und Leipzig 1896 p. 267.)

Wenn wir also vom ätiologischen Standpunkt unseren Fall rubriciren, so müssen wir ihn als einen unvollkommenen intrakapsulären Schenkelhalsbruch mit nachträglicher Belastungsverbiegung bezeichnen.

Noch von einem anderen Gesichtspunkt aus ist der beschriebene Fall nicht ohne Interesse, nämlich wenn man ihn mit der Kümmell-schen Wirbelerkrankung vergleicht. Bei diesem Leiden handelt es sich bekanntlich um eine Verletzung der Wirbelsäule, die binnen kurzer Zeit ohne Folgen geheilt zu sein scheint, so dass oft die Pat. ohne Beschwerden ihrem Beruf wieder nachgehen. Erst nach Verlauf längerer Zeit tritt unter zunehmenden Beschwerden an der verletzten Wirbelsäule ein Gibbus auf.

Über die Ätiologie dieses Leidens konnten bisher aus Mangel an anatomischen Untersuchungen nur Theorien aufgestellt werden.

Es ist wiederholt die Ansicht ausgesprochen, dass es sich um einen unvollkommenen Bruch der Wirbelkörper handle, und dass durch die physiologische Belastung der Wirbelsäule der in seiner Widerstandsfähigkeit geschädigte Wirbelkörper komprimirt werde (Schede, Thiem, Wagner). Ohne Zweifel hat diese Auffassung Vieles für sich. — Herr Dr. Kümmell selbst wies in seiner 1. Beschreibung des nach ihm benannten Krankheitbildes im Jahre 1891 darauf hin, dass es sich noch nicht übersehen ließe, wie weit eine Wirbelfraktur mit im Spiel wäre. Auch er ist durch weitere Erfahrungen mehr und mehr zu der Ansicht gekommen, dass es sich wohl in der Regel um eine derartige unvollkommene Fraktur handle.

Der beschriebene Fall von Schenkelhalsverbiegung würde ein vollkommenes Analogon zu dieser Auffassung der Kümmell'schen Wirbelerkrankung bilden.

---

1) **H. Tillmanns.** Hundert Jahre Chirurgie.

(Vortrag, gehalten auf der Deutschen Naturforscherversammlung in Düsseldorf 1898.)
Leipzig, **F. C. W. Vogel.** 27 S.

Nach kurzem Rückblick auf die Chirurgie früherer Zeiten und dem speciellen Hinweis darauf, dass auf ihrem Gebiet namentlich Deutschland auffallend lange zurückgeblieben war, es vor 100 Jahren bei uns eine wissenschaftliche Chirurgie überhaupt noch nicht gab, geht Verf. zur Darstellung der Errungenschaften über, durch welche seiner Ansicht nach die gewaltige Reform der modernen Chirurgie in den letzten 50 Jahren herbeigeführt worden und bezeichnet als solche 1) die schmerzlose Ausführung der Operationen in Narkose und unter Lokalanästhesie, 2) die Antisepsis bezw. Asepsis, 3) den wissenschaftlichen Ausbau der Chirurgie auf naturwissenschaftlicher Basis. Meines Erachtens hätte hier auch noch die künstliche Blutleere und anderweitige intraoperative Blutsparung genannt werden können, ohne deren Einführung doch eine große Anzahl der jetzt häufig und mit Glück geübten Operationen unausführbar wären.

Eben durch das Zusammenwirken dieser verschiedenen Bedingungen ist aus der Chirurgie — der alten »Handwirkung« — auch bei uns in verhältnismäßig kurzer Zeit eine Wissenschaft emporgewachsen, welche mehr und mehr mit naturwissenschaftlichen Methoden arbeitet und sich mit ihren Eingriffen nicht allein auf die äußeren Theile des Körpers einschränkt, sondern im schnellen Lauf jedes seiner Organe in ihr Bereich zu ziehen begonnen hat. Doch nicht in der Weiterentwicklung nach der technischen Seite hin, sondern in der wissenschaftlichen Vertiefung der chirurgischen Pathologie und im innigsten Zusammenarbeiten mit den übrigen Zweigen der Gesammten Medicin unter engem Anschluss an die Naturwissen-

schaften sieht Verf. die Aufgabe der Chirurgie der Zukunft. Allem voran steht dabei das Studium der durch die Bakterien erzeugten Gifte und das Suchen nach Antigiften, sei es zur vorbeugenden, sei es zur heilenden therapeutischen Verwerthung. Nachdem er weiter noch der großen diagnostischen Förderung gedacht, die in der neuesten Zeit die Röntgen'sche Durchleuchtung des Körpers dem Arzt gewährt, geht T. genauer auf die Stellung der Kriegschirurgie ein und setzt die für sie gültigen modernen Lehren fest. Ganz kann da Ref. allerdings seinen Ansichten nicht beistimmen: er hält es vielmehr für richtiger, wenn die Schusswunden auf dem Verbandplatz mit einem Dauerantisepticum, als allein mit sterilem Verbandstoff bedeckt würden, für dessen Asepsis im Felde doch kaum immer garantirt werden kann; er ist ferner nicht der Ansicht, dass die so Verbundenen nun alle im Feldlazarett nach den Regeln der Antisepsis bezw. Asepsis neu untersucht und verbunden werden sollen, sondern dass der erste provisorische Verband bei einer großen Anzahl der Verwundeten ungestört tagelang liegen bleiben und der Blessirte mit ihm zurücktransportirt werden kann, dass endlich der Verbandplatz kaum oder nur unter ganz besonderen Ausnahmebedingungen der Platz sein dürfte zur Ausführung der Laparotomie bei Organverletzungen der Bauchhöhle.

Was vor Allem an dem Vortrag anzieht, ist die Wärme der Begeisterung für unsere schöne wissenschaftliche Kunst und das Streben, auf dem errungenen Standpunkt nicht stolz und befriedigt auszuruhen, sondern in ernstestem Ringen weiter zu arbeiten zum Segen der Leidenden und in der Freude an der Erforschung der Wahrheit.

Richter (Breslau).

---

2) **v. Mosetig-Moorhof.** Handbuch der chirurgischen Technik bei Operationen und Verbänden. 4. völlig umgearbeitete Auflage.

Wien, **Fr. Deutike,** 1898. VIII u. 907 S. 257 Abbildungen.

Das Werk, dessen 1. Lieferung der neuen Auflage in diesem Blatt im August v. J. besprochen werden konnte, liegt jetzt vollendet vor, wie es in Aussicht gestellt war, voll modernisirt durch Aufnahme der vielen Operationsverfahren, die namentlich in der Therapie der inneren Organe die letzten 8 Jahre gezeitigt haben. Es ist in der That nur Weniges, was man vermisst, wie etwa die Resektion der Thoraxwandung nach Schede, die Ösophago- und Gastroskopie, die schwierige Frage nach der Sterilisirung der elastischen Katheter, das Calot'sche Verfahren bei Spondylitis, die Bier'sche Unterschenkelamputation, die Therapie bei angeborener Hüftverrenkung. Anderes hätte wohl ausgemerzt werden können, wie die Abquetschung der Zunge mit Ecraseur, die Behandlung des Cystenkropfs durch Punktion, die Erwähnung und Abbildung der Laryngo- und Tracheotome. Bei der Beschreibung der Herniotomie ist Verf.

noch ganz bei dem alten Verfahren des Debridement der Einschnürung von innen nach außen stehen geblieben, während so mancher Chirurg die principielle Durchtrennung derselben von außen nach innen nach Eröffnung der Bauchhöhle central von der Bruchpforte übt und empfiehlt. Auch wird zur Blasenpunktion allein der alte starke Fleurant'sche Trokar empfohlen. Doch das sind Kleinigkeiten, wie auch z. B., dass — wie oft in den deutschen Chirurgien — der Chirurge Littre des 17. Jahrhunderts mit seinem gelehrten Landsmann Littré des 19. Jahrhunderts verwechselt und im Kapitel der Radikaloperation der Hernien stets vom Puopart'schen Band gesprochen wird. Im Ganzen bietet das Buch eine sehr vollständige Darstellung der Technik der bis in die neueste Zeit eingeführten Operationen — mit Ausnahme der Operationen an den weiblichen Geschlechtstheilen. Eine Kritik derselben, eine besondere Empfehlung des Einzelverfahrens für den besonderen Fall unterbleibt meist, wie denn auf die Einzelindikationen und die erfahrungsmäßigen Folgen der besonderen Operationsweisen in der Regel auch nicht eingegangen wird, ganz entsprechend dem Titel des Werkes, der eben sagt, dass Verf. beabsichtigt, die Technik der Operationen und Verbände darzustellen. Und das leistet das Buch in durchaus klarer und zuverlässiger Weise, nach dieser Richtung hin kann es jedem Arzt auf das beste empfohlen werden. **Richter** (Breslau).

---

3) **H. Braun** (Leipzig). Über Infiltrationsanästhesie und regionäre Anästhesie.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 228. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1898.)

Der von B. auf dem vorjährigen Chirurgenkongress gehaltene Vortrag über obiges Thema stellt den Inhalt des vorliegenden Heftes dar und wird dadurch auch einem größeren ärztlichen Publikum zugänglich gemacht, dem gleichfalls die Bestätigung der Vorzüge des reizloseren, halt- und auskochbaren, weniger toxischen Eucain-B vor dem Cocain durch B. werthvoll sein dürfte. **Kramer** (Glogau).

---

4) **A. Luxenburger.** Über das neue Lokalanästheticum »Nirvanin«. (Aus der kgl. chirurg. Universitäts-Poliklinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 1 u. 2.)

Dem neuen Mittel, einem salzsauren Diäthylglykokoll-p-Amido-o-Oxybenzoesäuremethylester (Einhorn und Heinz), rühmt L. auf Grund klinischer Beobachtungen und experimenteller Untersuchungen nach, dass es in den zur Verwendung gelangenden Koncentrationen (bis 2%ige Lösungen) sicher ungiftig ist, den Schmerz nach Operationen sicherer zu verhüten resp. abzuschwächen im Stande ist, als der geringe Morphingehalt der Schleich'schen Lösungen, dass die Lösungen haltbar sind, antiseptisch wirken und das Sterilisiren vertragen, endlich für jede Art von Anästhesirung brauchbar und sehr

handlich sind. Es verdiene das Präparat desshalb vor dem Cocain und Cocaingemischen als Mittel zur Erzeugung von Infiltrations- und regionärer Anästhesie den Vorzug. **Kramer** (Glogau).

---

5) **Quénu** et **Duval.** Ligature bilatérale de l'artère hypogastrique par voie transpéritonéale.

(Revue de chir. 1898. No. 11.)

Die Unterbindung beider Artt. hypogastricae ist bisher zum Zweck der Atrophirung von diesen Gefäßen versorgter Organe (Prostata, Uterus) und zur präventiven Blutstillung bei Operationen im Becken (Exstirpation der Flexura sigmoidea und des Mastdarms, totale Hysterektomie) ausgeführt worden; doch sind die Meinungen bezüglich des zweckmäßigsten Weges zur Freilegung der Gefäße noch getheilt. Verff. empfehlen nun auf Grund ihrer Untersuchungen am Lebenden und an Leichen als beste Methode die transperitoneale, mediane Laparotomie und suchen die von Bier und Meyer, deren ersterer sich derselben bereits in 1 Falle bedient hatte, dagegen erhobenen Einwände zu entkräften, indem sie zugleich die von ihnen bewährt gefundene, sich an ihre anatomischen Studien anlehnende Technik genau beschreiben. Die Operation geschieht in Beckenhochlagerung (75°); medianer Bauchschnitt bis zur Symphyse, Aufsuchen des Promontorium, Längsschnitt durch das Bauchfell, parallel den Gefäßen, 3—5 cm von der Mittellinie nach außen rechts, Auseinanderziehen der Schnittränder, wobei der Harnleiter lateralwärts zu liegen kommt. Freilegung der Bifurkation der Iliaca primitiva d., Unterbindung der Art. hypogastrica d., 2 cm davon entfernt. Linkerseits ist die Operation schwieriger wegen der komplicirteren Verhältnisse des Mesocolon pelvicum und der Verschiedenheiten in der Länge, Lage etc. des Colon, worüber die Verff. eingehend berichten; die Art des Vorgehens hängt davon ab. Bei einem langen Colon pelvicum kommt man, wenn man die Schlinge nach oben schlägt, leicht auf die Arterie und verfährt dann eben so, wie bei der Ligatur der rechten Hypogastrica. Ist das Colon aber kurz, so ist es nothwendig, sich zu ihr durch die beiden Blätter des Mesocolon hindurch zwischen den Artt. sigmoideae einen Weg zu bahnen. Die unmittelbaren und später eintretenden Folgen der doppelten Unterbindung der Hypogastrica waren in Q.'s 4 Fällen von Exstirpation der »anse recto-sigmoidea« durchaus günstig; die letzteren sind im Bulletin de la Société de chirurgie 1898 mitgetheilt.

Kramer (Glogau).

---

6) **F. Camaggio.** Un caso di angiorafia per ferita da punta e taglio dell' arteria e vena femorale.

(Riforma med. 1898. No. 26.)

C. theilt einen günstig verlaufenen Fall von seitlicher Naht der Arteria und Vena femoralis nach Stichverletzung mit. Unter

Berücksichtigung der bisher veröffentlichten Fälle von Gefäßnaht hebt er folgende Punkte als besonders beachtenswerth hervor: die Gefäße sollen während der Naht oberhalb und unterhalb der Wunde nicht durch Instrumente, sondern durch Fingerdruck komprimirt werden; es sind möglichst feine, drehrunde Nadeln zu benutzen; die Knopfnaht ist der fortlaufenden Naht vorzuziehen, da erstere die Gewebsernährung weniger beeinträchtigt; nach der Naht des Gefäßes selbst ist auch die Gefäßscheide möglichst exakt zu vereinigen.

W. Petersen (Heidelberg).

---

7) **Redard et P. Besançon.** Du traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little.

(Revue internat. de thérapeut. et pharmacol. 1898. No. 12.)

Bei der »Maladie de Little« (spastische Kontrakturen) bieten die Formen, welche auf die unteren Extremitäten beschränkt bleiben, günstigere Aussichten, als diejenigen mit Betheiligung der oberen Extremitäten, da bei letzteren gewöhnlich auch die Intelligenz der Kinder gelitten hat. Da spontane Heilung oder Besserung der Krankheit außergewöhnlich ist, so hat die Behandlung möglichst frühzeitig, bevor Stellungsanomalien der Glieder eingetreten sind, zu beginnen. Sie besteht in Massage, passiven Bewegungen und Gymnastik, die unterstützt werden durch einfache Apparate und offene Durchschneidung der sich spannenden Theile. Eine Durchschneidung des Nerv. obturat. bei Adduktorenkontraktur halten Verff. für überflüssig.

Von 30 Fällen ist in 10 ein ausgezeichnetes Resultat, in 15 eine erhebliche Besserung, in 5, die mit Idiotie einhergingen, eine geringe Besserung zu verzeichnen.

Borchard (Posen).

---

8) **Hoffa** (Würzburg). Die moderne Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation.

München, **Seitz & Schauer,** 1898.

Während bei Erwachsenen und älteren Kindern der Arzt gewöhnlich sich auf die Anwendung eines Stützkorsetts beschränken muss, ist für die jüngeren Kinder ein aktiveres Verfahren zur Herstellung von der Norm nahe kommenden Verhältnissen durchaus geboten. H. giebt eine erschöpfende und klare Darstellung der historischen Entwicklung dieser Methoden. Man kann dieselben eintheilen in solche, die durch zweckmäßige Lagerung und Schienung, solche, die durch unblutige Eingriffe, und endlich solche, die durch operatives Verfahren das Ziel erstreben. Diese Bestrebungen erstrecken sich der Zeit nach auf ca. 2 Menschenalter; so ist die Zahl der Methoden eine sehr große. Als Typen seien für die ersteren die Verfahren von Volkmann, Mikulicz-Schede und Paci-Lorenz genannt. Für die letzteren König und Poggi-Hoffa. Durch das Röntgenbild haben wir gelernt, dass alle älteren Methoden sich mit einer »Transposition« des Kopfes begnügten. König fixirte dieselbe durch künstliche Pfannenbildung. Poggi hat die blutige Reposition — abgesehen

von den Resektionen — wohl zuerst vorgenommen. Unabhängig dann erfanden Lorenz und Hoffa ihre Verfahren. Während aber Ersterer mit hinterem Schnitt das Gelenk freilegte, bedient sich H. eines vorderen Schnittes, der ihm das Gelenk besser zugänglich macht, der desshalb auch von den anderen Operateuren angenommen wurde. H. stellt nach ⊥-förmiger Spaltung der Kapsel mit dem Löffelmeißel an Stelle der rudimentären Pfanne eine ausgiebige Höhlung her, in welche er den modellirten Schenkelkopf einpasst. Schwierigkeiten der Weichtheile sind durch Aufmerksamkeit unter absoluter Muskelschonung zu heben. Die Wunde wird offen tamponirt, eingegipst, das Bein in Einwärtsrotation und Abduktion fixirt. H.'s letzte Fälle, nach dieser Methode operirt, sind alle glatt geheilt. Zu betonen ist, dass normale Verhältnisse wegen der Unmöglichkeit, die ursprüngliche Hemmung der Knochenbildung zu beheben, auch so nicht zu erreichen sind. Um so wichtiger ist es, die unblutigen Verfahren in frühester Jugend zur Anwendung zu bringen. Für den blutigen Eingriff erscheint H. das 3.—8. Lebensjahr die geeignetste Zeit.

Roesing (Hamburg).

---

9) **M. Motta.** Sulla cura incruenta della cosidetta lussazione congenita dell anca.

(Arch. di ortopedia 1898. No. 4.)

Bei frühzeitigem Vorgehen lässt sich die angeborene Hüftverrenkung auf unblutigem Wege häufig heilen, stets bessern. Die Methode Lorenz' gab wesentlich bessere Resultate als die sogenannte Paci'sche.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

10) **E. Senger.** Über die operative Behandlung der angeborenen Hüftluxation älterer Patienten, bei denen die Reduktion nicht gelungen ist.

(Festschrift zum 25jährigen Jubiläum von Prof. Ponfick, Breslau, 15. Januar 1899.)

Mit seinem Vorschlag, in Fällen veralteter, angeborener Hüftgelenksverrenkung, die der Behandlung nach Lorenz und Hoffa nicht nachgeben, das Femurende durch ein Loch der hinteren, oberen Gelenkkapsel zu führen und es zur Bildung einer neuen Pfanne gegen das Darmbein zu fixiren, nimmt S. das alte Verfahren von Hoffa wieder auf, nur erweitert er dieses in so fern, als er auch das Periost am Darmbein ablöst. Den Kopf des Femur, der, bei alten angeborenen Verrenkungen erheblich deformirt, nur hinderlich sei, die Rotationsbewegungen hemme, resecirt S. In geeigneten Fällen, wo Raum zum Arbeiten, will er mit dem Meißel eine Pfanne in genügender Tiefe bilden. Der weitere Ausbau seiner Methode bildet nur eine Modifikation der verlassenen osteoplastischen Operation König's; indess erscheint ihm sein Kapsel-Periost-Knochenlappen viel besser geeignet, dem anstemmenden Femurende einen genügenden Widerstand zu bieten, als die schmale Periost-Knochenlamelle König's.

Von den 3 Vorschlägen, die sich so ergeben, hat S. die beiden ersten praktisch erprobt, den ersten — Verfahren nach Hoffa mit Ablösung des Periosts vom Darmbein — bei einem 15jährigen Mädchen, den zweiten — Ausmeißelung einer neuen Pfanne — bei einem 16jährigen Knaben; in beiden Fällen war das Ergebnis ein gutes.

Der Eintritt bedrohlicher Collapszustände während eines vergeblichen Repositionsversuchs nach Lorenz bietet S. Veranlassung, gegen die brüske, unkontrollirbare Extension der Schraube Stellung zu nehmen.

Gross (Altona).

---

11) L. Steinler. Über die angeborene Luxation der Patella.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XIX. Hft. 4.)

S. veröffentlicht 2 neue, bisher noch nicht beschriebene Fälle von angeborener Kniescheibenverrenkung und berücksichtigt in eingehender Weise die einschlägige Litteratur, aus welcher er 65 derartige Fälle sammeln konnte. Verf. nimmt als feststehend an, dass es eine wirkliche angeborene Art der Kniescheibenverrenkung giebt. Sie entsteht während des intra-uterinen Lebens, sei es nun in Folge irgend welcher Anomalien der Eihüllen, der Kindesbewegungen oder Erkrankung des Fötus, sei es in Folge eines die Schwangere betreffenden Traumas oder auch — und das erscheint dem Verf. als das Wahrscheinlichere — durch den Umstand, dass die Kniescheibe in ihrer Keimanlage ursprünglich falsch an der unrichtigen Stelle gebildet wird. Ein Entstehen der Verrenkung während der Geburt erscheint dem Verf. unwahrscheinlich. — Bei der Annahme, dass die Kniescheibe ihrem ganzen Verhalten nach die Rolle eines Sesambeins des M. quadriceps spielt, wäre es zweckmäßiger, das Leiden als intra-uterin entstandene Distorsion der Quadricepssehne zu bezeichnen.

S. hebt nun in ausführlicher Weise die Symptome und Merkmale einer angeborenen Patellarverrenkung hervor und schildert die durch dieselbe bedingten sekundären Veränderungen im Bereich des Kniegelenks und vorhandenen Funktionsstörungen.

Bezüglich der einzuschlagenden Therapie spricht S. dem operativen Eingriff das Wort. Alle nach erfolgter Reposition der Kniescheibe zur Anwendung empfohlenen Apparate stellt Verf. als unbefriedigend und nutzlos hin; abgesehen davon, dass sie theuer sind, werden sie zumeist nicht gut vertragen, erzeugen Schmerz, Ödem, Decubitus, Druckatrophien der Muskeln und Knochen und sind endlich auch nicht dauerhaft, nicht zweckentsprechend.

Als leitendes Princip beim Operationsverfahren muss stets die Fixation der Patella an die normale Stelle gelten; ob dies durch diese oder jene Methode angestrebt wird, sei gleichgültig, eine jede derselben sei angepasst dem am deutlichsten hervortretenden, als ursächlich angenommenen Symptom. Meistens würde man zu einer Kombination der angegebenen Operationsmethoden greifen müssen,

deren jede ihre volle Berechtigung hat. Der einzeitigen Operation gebührt der Vorzug.

Endlich weist S. darauf hin, dass das beschriebene Leiden, welches scheinbar so selten ist und oft als angeblich unheilbar auch wenig interessirt, bei genügender Aufmerksamkeit oft genug gefunden wird und auch in praktisch-therapeutischer Richtung die vollste Beachtung verdient. **Gold** (Bielitz).

12) de Bovis. A propos des achillodynies. Contribution à l'anatomie topographique et à la pathologie de la face postérieure du talon.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1898. No. 21.)

Auf Grund interessanter und eingehender anatomischer Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass es sich bei der Achillodynie um eine trockene Synovitis der Scheide der Achillessehne handle. **Borchard** (Posen).

13) Peraire und Mally. Traitement chirurgical de certains piedsbots paralytiques par la greffe anastomique musculaire ou tendineuse.

(Méd. moderne 1898. No. 69 u. 70.)

Verff. geben zunächst eine längere Schilderung der spinalen Kinderlähmung und ihrer Therapie, in welcher sie roborirende Diät und später Anwendung der Elektricität, und zwar der statischen oder der faradischen, nicht der galvanischen fordern. Daran schließen sie jene detaillirte Analysen der einzelnen Formen der Fußverbildungen, die aus den Muskellähmungen und der gleichzeitigen Atrophie aller Gewebe resultiren. Für die Behandlung dieser bleibenden Defekte verwerfen sie im Allgemeinen alle Apparate und wollen operativ eingreifen. Als wesentliche Bereicherung unseres Könnens erscheinen da die von Nicoladoni u. A. eingeführten künstlichen Anastomosen zwischen brauchbaren und gelähmten Muskelapparaten, die sie eben so wie Vulpius u. A. empfehlen. **Roesing** (Hamburg).

14) M. Motta. Sulla cura congenita del piedi torti congeniti nei bambini e nei ragazzi.

(Arch. di ortopedia 1898. No. 4.)

In den 14 Jahren kamen über 500 Fälle von Klumpfuß zur Beobachtung. Beim 1. Grad genügten redressirende Bindenwicklungen, ev. Tragen eines Tutor. Im 2. Grad und bei Fällen des 3. Grades bis zum 10. Jahre genügen ebenfalls unblutige Methoden: meist etappenweise Redressirung, fixirende, später abnehmbare Verbände, und sorgfältige Nachbehandlung während längerer Zeit, aber frühzeitiges Umhergehen im Schuh; Maschinen wenn sie nöthig. Jenseits des 10. Jahres beim 3. Grad kommen erst die blutigen Methoden in

Betracht, unter denen M. die Phelps'sche Operation fast ausschließlich anwandte. E. Pagenstecher (Wiesbaden).

15) **Majnoni.** Contributo alla medicina operatoria del piede piatto grave.

(Arch. di ortoped. 1897. No. 5.)

Die operative Behandlung des Plattfußes soll sich auf die Anatomie der Affektion stützen. Die Methode von Ogston, welcher am Talushals eine keilförmige Osteotomie macht und bisher die besten Resultate gegeben hat, greift den inneren Fußbogen nur an einem Punkt an. M. schließt sich der Lorenz'schen Theorie an, wonach der innere Fußbogen (L.) im Talocruralgelenk eine Beugung nach der Planta, in seinem vorderen Theil dagegen eine dorsale Flexion erfährt bis zur Subluxation des Kahnbeins. Er schlägt folgende, von ihm freilich erst an der Leiche ausgeführte Operation vor, welche bezweckt, den inneren Fußbogen wieder herzustellen und zugleich zur Verhinderung eines Recidivs knöchern in toto zu gestalten: Längsschnitt am inneren Fußrand. Resektion des Talonavicular- und des vorderen Kahnbeingelenks, wobei vom Talus ein Keil mit der Spitze nach oben außen, von der hinteren Kahnbeinhälfte ein gleicher Keil und ein dritter von seiner vorderen Hälfte weggenommen wird, so dass von ihm nur ein nach außen stumpfer Keil übrig bleibt. Die Gelenkfläche der Keilbeine wird nur angefrischt. Darauf Knochennaht unter Empordrängen des Kahnbeinrestes nach oben und Adduktion der Fußspitze. Gipsverband für 3—4 Wochen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Kleinere Mittheilungen.

Ein seltener Fall von Knochenverletzung. (Vollständige Durchtrennung des Humerus durch Schnittwaffe.)

Von

Dr. Daniel J. Cranwell,
Privatdocent an der medicinischen Fakultät zu Buenos Aires.

P., 21 Jahre, Argentinier.

Tritt am 13. Mai 1893 in die chirurgische Abtheilung des Hospital de Clinicas ein.

Pat. hatte in der vorherigen Nacht, indem er sich mit dem emporgehobenen linken Arm zu vertheidigen suchte, einen Hieb mit einem großen schweren Messer in der Höhe des Ellbogens erhalten.

In der Narkose ergiebt sich folgender Befund:

Wagrechte Durchtrennung der Haut in der Höhe der Olekranonspitze, $^3/_4$ des Gliedumfanges umfassend, so dass nur das vordere Viertel als Brücke erhalten bleibt. Die Olekranonspitze und die umgebenden Weichtheile, Nerv. ulnaris einbegriffen, sind durchtrennt, die Epiphyse des Humerus durch einen reinen Schnitt von der Diaphyse abgetrennt. Der Knochenschnitt beginnt ein wenig nach oben von Epitrochlea und Epicondylus und geht etwas schräg von unten nach oben und von hinten nach vorn. Die Epiphyse ist nach hinten subluxirt und von den Weich-

theilen getrennt. Die Nerven und Gefäße an der Vorderseite sind vollständig erhalten.

Es handelte sich also um einen der seltenen Fälle von vollständiger Durchtrennung des Knochens, wie man sie häufiger im Mittelalter beobachtete in Folge der ausgiebigen Benutzung der Hiebwaffen in den Kämpfen jener Zeit.

In der Unmöglichkeit, die Humerusepiphyse zu erhalten, entferne ich sie, nähe den Nerv. ulnaris mit Seide, Muskeln und Weichtheile mit Katgut, die Haut mit Silkworm, Alles natürlich nach vollständiger Desinfektion.

Da man dem Pat. auswärts einen vorläufigen, aber leider nicht aseptischen Verband angelegt hatte, lasse ich ein kleines Drainrohr in der Wunde, verbinde mit Jodoformgaze und Watte und immobilisire den Arm auf der Brust, in Beugestellung, die Hand zwischen Pro- und Supination. — Am nächsten Tage entferne ich die Drainage, am 8. Tage die Hautnähte. Von da an lasse ich passive Be-

Fig. 1.

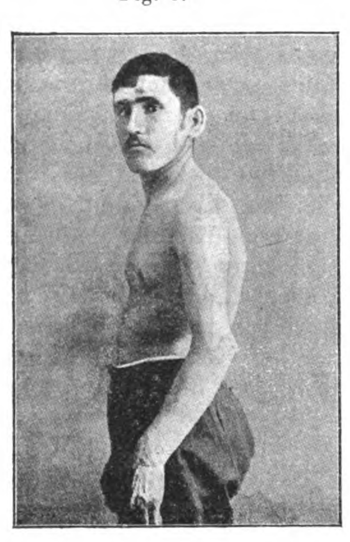
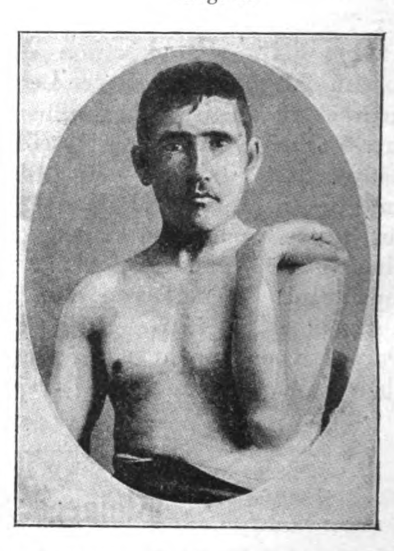


Fig. 2.



wegungen im Ellbogengelenk machen, halte jedoch in den Pausen den Arm an der Brust immobilisirt. 40 Tage später warme Bäder und Massage. 2 Monate nach der Verletzung verließ Pat. das Hospital mit einer Parese des kleinen Fingers und etwas Herabsetzung der Sensibilität im Bereich des N. ulnaris. Er konnte den Arm vollständig flektiren und bis zu einem Winkel von 150° strecken.

Fälle dieser Art sind sehr selten in der medicinischen Litteratur; ähnlich dem meinigen ist ein Fall von Lafaye (Trennung des Humerus und Weichtheile durch Axtschlag ohne Verletzung des Nerven und der Gefäße).

6 Jahre später (Januar 1899) sah ich den Pat. wieder. Es erscheint mir wohl der Mühe werth, den Erfolg der Operation zu veröffentlichen:

Der jetzt 27jährige Pat. ist vollständig gesund, arbeitet als Knecht auf dem Lande und verwendet seinen operirten Arm auch zu den schwersten Arbeiten.

Bei der Untersuchung des linken (operirten) Armes ergiebt sich: 1) Eine Verkürzung von 4 cm gegen den rechten Arm. 2) Der Umfang des linken Oberarms beträgt 24 cm, der des rechten 27 cm. 3) Der des linken Vorderarms beträgt 23½ cm, der des rechten 25 cm. 4) Die Beugungsfähigkeit des Vorderarms ist normal (siehe Fig. 2). 5) Die Streckfähigkeit unvollständig, aber genügend (siehe Fig. 1). 6) Pro- und Supinationsbewegungen vollständig erhalten. Eine geringe Atrophie des Triceps. 7) Im Bereich des Ulnaris findet sich etwas Verminderung der Schmerzempfindlichkeit. 8) Die elektrische Untersuchung zeigt

eine kleine Herabsetzung der Erregbarkeit für faradische Ströme im Bereich des Ulnaris, es fehlt also Entartungsreaktion.

Der Fall beweist, welch schöne Resultate die Asepsis und Antisepsis in der konservativen Chirurgie der Gliedverletzungen zu erreichen erlauben.

---

16) 66. annual meeting of the British med. association, Edinburgh Juli 26.—29. 1898. Section of surgery.

(Brit. med. journ. 1898. Oktober 29.—November 5.)

A. W. Mayo Robson. Partial hepatectomy for primary cancer of liver.

Unter 35 Fällen von bösartigen Geschwülsten der Leber und der Gallenwege hat R. nur 3 angetroffen, in denen der Versuch einer radikalen Exstirpation gerechtfertigt erschien. Von 35 operirten Pat. genasen 27 von der Operation, die in Cholecystostomie, Anlegung einer Gallenblasen-Darmfistel, Exstirpation der Gallenblase und angrenzenden Leberpartien, oder nur in einem Probeschnitt bestand. R. theilte dann die 3 Krankengeschichten von Pat. mit, bei denen er die Exstirpation der Gallenblase und der angrenzenden Leberpartien wegen bösartiger Neubildung ausgeführt hat. 2 Pat. genasen nach der Operation, um nach wenigen Monaten einem Recidiv zu erliegen, 1 Pat. starb im Anschluss an die Operation im Collaps. R. lässt die Frage noch offen, ob es überhaupt empfehlenswerth sei, in Fällen von Carcinom der Gallenblase mit metastatischen Knötchen in dem umgebenden Lebergewebe eine radikale Operation zu versuchen oder es bei einem Explorativschnitt bewenden zu lassen; jedenfalls räth er aber, bei allen Geschwülsten der Gallenblase zu operiren; durch frühzeitige operative Behandlung der Cholelithiasis hofft er die Entstehung von Carcinomen einzuschränken. Bei diffusen Metastasen der Leber und Betheiligung der angrenzenden Organe an den bösartigen Geschwülsten will R. es bei der Probelaparotomie bewenden lassen.

A discussion on the origin, effects and treatment of septic infection of the urinary tract.

In einem die Diskussion einleitenden Vortrag giebt zunächst David Newman eine Abgrenzung des zu besprechenden Themas, das die eitrige embolische Nephritis, die interstitielle eitrige Nephritis, die akute septische Nephritis ohne Eiterung, die Pyelonephritis, Pyelitis und Pyonephrose umfasst. Nach Besprechung der verschiedenen Formen der septischen Infektion der Nieren folgt eine Übersicht über die Art und Weise, wie die Infektion zu Stande kommt, 1) auf dem Blutwege im Gefolge von allgemeinen Infektionskrankheiten, durch Embolien, 2) dann auf dem Lymphwege besonders bei der akuten septischen Nephritis ohne Eiterung durch eine Infektion der Lymphgefäße der Rinde, die von den Lymphgefäßen der Blase und der Harnleiter aus injicirt wurden, 3) durch direkte Fortpflanzung der Infektion entlang der Lichtung der Harnabfuhrwege in aufsteigender Richtung, 4) durch direkte Berührung mit Infektionsherden der umgebenden Organe, perinephritischen, Leber-, Milz-, Psoasabscessen, endlich 5) durch direkte Wundinfektion.

Thorkild Rovsing unterscheidet für die Infektion der Harnwege 2 große Infektionsgruppen von einander, 1) solche, die durch die harnzersetzenden Mikroben, 2) solche, die durch die Gruppe der Colibacillen verursacht werden. Bei der Infektion durch die Harnröhre kommen die Einführung von Instrumenten — Urethritis posterior — Inkontinenz in Betracht. Die Quelle der Blutinfektion bilden Entzündungsherde aller Art und vor Allem der Darm. Bezüglich der Infektionswirkung unterscheidet R. die nicht eitrige, klinisch harmlose Bakteriurie, die katarrhalische Cystitis (Colibacillen), von den eitrigen Entzündungsformen (urinzersetzende Mikroben). Er hält entgegen den Ansichten Guyon's und seiner Schule an der Gutartigkeit der Infektion mit Colibacillen gegenüber der Infektion mit urinzersetzenden Mikroben fest und belegt seine Ansicht mit Hinweis auf

das meist ungestörte Allgemeinbefinden der Pat. bei Coliinfektion, auf die geringen Eiweißmengen im Urin und den Mangel an Formelementen, die geringen Veränderungen, die mikroskopisch bei Coliinfektionen an den Nieren gefunden werden, die Heilwirkung, die er bei Colipyelitis mit einfacher Nephrotomie, Ausspülung des Nierenbeckens erzielt hat. Er hat in über 20 Fällen nach der Nephrotomie mit Naht primäre Heilung erreicht. Auch das Thierexperiment spricht zu Gunsten seiner Ansicht.

Auf die Behandlung der Infektion und auf die prophylaktischen Maßregeln, die R. angiebt, kann hier nicht näher eingegangen werden, jedoch sei erwähnt, dass bei diesen die Injektionen von 40—50 ccm einer 2%igen Argentum nitricum-Lösung zur Abtödtung der Mikroben, bei jener die operative Inangriffnahme des Infektionsherdes nach genauer vorheriger Diagnose seines Sitzes die Hauptrolle spielen.

C. Mansell Moulin ist der Ansicht, dass der Bacillus coli am allerhäufigsten bei septischen Infektionen zu finden ist, dass gerade die Fälle von Mischinfektion die schwersten sind, dass aber auch der Colibacillus allein eine Virulenz besitzen kann, die zu schweren Allgemeininfektionen führt.

Max Melchior (Kopenhagen) hat auch in der Mehrzahl seiner Fälle Bacillus coli als Krankheitserreger gefunden, und zwar stets bei saurer Reaktion des Urins; er hat aber gleichzeitig erfahren, dass auch die Urin zersetzenden Mikroorganismen eine Cystitis mit saurem Urin verursachen können. Nicht sehr selten fand er eine spontane »Colicystitis« in Folge urethraler Selbstinfektion bei Frauen. Einige Male hat er auch eine Pyelonephritis ohne komplicirende Cystitis — bei saurem Urin, in Folge einer Infektion mit urinzersetzenden Mikroben beobachtet.

An der weiteren Debatte betheiligten sich noch W. Bruce Clarke, W. H. Battle, James H. Nicoll, D. MacEwan und Kocher (Bern), welcher aus Erfahrungen bei schweren Peritonitisfällen der Ansicht Rovsing's von der besseren Prognose in Fällen von Coliinfektion beistimmt.

James H. Nicoll. The treatment of chronic enlargement of the prostate.

N. macht auf die von ihm schon 1894 angegebene Methode der Prostatektomie, die ihm auch in der Folge sehr gute Resultate ergeben hat, aufmerksam. Die Operation besteht in einer Enukleation der Prostata vom Damm aus, unterstützt durch den Druck der durch einen hohen Blasenschnitt in die Blase eingeführten Finger unter Vermeidung einer Verletzung der Blase und der Harnröhre. Gegenüber den Erfolgen der Kastration oder Gefäßunterbindung bei Prostatahypertrophie ist N. skeptisch, da er eine ganze Anzahl von »spontanen« Heilungen oder doch Besserungen erlebt hat.

David Newman. Cases illustrating some points of interest in the etiology and treatement of renal haematurie.

Unter den Erkrankungen der Niere, welche als Hauptsymptom eine Hämaturie im Gefolge haben, figurirt auch die »passive Hyperämie« der Niere; dieselbe kann auftreten in Folge einer Torsion der Nierenvenen auch bei leichten Graden von Wanderniere, so wie in Folge eines »reflektorischen Spasmus« der kleinen Nierenarterien. Das klinische Bild kann den Verdacht auf Steine erwecken: Schmerzanfälle, Übelkeit, Erbrechen, Verminderung ja Aufhebung der Urinexkretion, dann Hämaturie und Albuminurie kommen bei Torsion der Nierengefäße zur Beobachtung. Der reflektorische Krampf der Nierenarterien kommt zu Stande bei transitorischer Hydronephrose, bei einseitiger Einklemmung eines Steines im Harnleiter, seltener nach einfachem Katheterismus. Auch hier findet sich Suppressio urinae mit nachfolgender Hämaturie und Albuminurie. Die Behandlung der Hämaturie in Folge Torsion der Nierengefäße besteht in Radikaloperation der Wanderniere, bei dem Reflexkrampf der Nierenarterien giebt oft die Anwendung blutiger Schröpfköpfe in der Lendengegend rasche Erleichterung.



W. Thelwall Thomas. Three cases of oesophagotomy for foreign bodies.

Auf Grund seiner 3 Fälle tritt T. für möglichst frühzeitige Operation ein, die schonender ist, wie Extraktionsversuche vom Mund aus. Technisch empfiehlt T. zur Sondirung des Ösophagus bei der Operation Sonden mit Metallenden — elastische Bougies kommen gelegentlich an einem Fremdkörper ohne Weiteres vorüber, — ferner exakte Naht und Drainage der Halswunde.

Henry G. Rawdon theilt 2 Fälle von primärer Darmresektion bei brandigen Brüchen, die unter Anwendung des Murphyknopfs mit günstigem Erfolg operirt wurden, mit.

W. Menzies Hutton. A contribution to the treatment of empyema.

H. hat, um die Ausdehnung der Lunge nach der Empyemoperation zu befördern, eine Drainage der Empyemhöhle angewandt, bei der durch Einschaltung einer Klappe in Form eines an seinem Ende geschlitzten Guttaperchahütchens wohl der Austritt von Luft und Eiter gestattet wird, die Ansaugung von Luft bei der Inspiration aber durch Verschluss des Guttaperchaschlitzes unmöglich ist. Die Klappe ist zum Schutz gegen Druck in einer Glasröhre befestigt, die rechtwinklig in einen weitkalibrigen Gummidrain mündete; dieser reicht gerade bis in die Empyemhöhle hinein und ist durch eine mit Guttapercha unterlegte Krempe so auf dem Brustkorb befestigt, dass auch hier ein Luftzutritt nicht möglich ist. Der Verband, der um die Drainagestelle herum angelegt wird, bleibt 8 Tage liegen. Bei bestehender Lungenfistel ist der Apparat erst anwendbar, wenn der Verschluss der Lungenöffnung durch Tamponade oder ähnliche Mittel erreicht ist. Im Gebrauch ist derselbe einfach, billig und bequem.

J. Hutchinson. On excision of the Gasserian ganglion for trigeminal neuralgia.

Im Anschluss an einen von H. erfolgreich operirten Fall von Trigeminusneuralgie, in dem H. nach der Methode von Hartley und Krause die Exstirpation des Ganglion Gasseri vorgenommen hat, bespricht H. die verschiedenen Operationsmethoden kritisch. H. hält die Krause-Hartley'sche Methode für die beste und vortheilhafteste und ist der Ansicht, dass dieselbe in Zukunft früher ausgeführt werden, und man in hartnäckigen Fällen von den peripheren Operationen nur eingeschränkten Gebrauch machen soll, um baldigst die radikale Exstirpation des Ganglion Gasseri auf dem temporalen Wege auszuführen.

Mayo Robson hat in 3 Fällen eine Exstirpation des Ganglions von der Basis her nach dem Vorgang Kocher's und Rose's versucht, ohne zum Ziel zu kommen und ohne befriedigenden Erfolg; auch er hält den temporalen Weg für besser.

Robert Kennedy. Cases of traumatic musculospiral paralysis, with restoration of function after secondary operation.

K. hat unter 4 Fällen vom Radialislähmung nach Oberarmbruch theils durch Freimachen der Nerven vom Druck umgebenden Narbengewebes, theils durch sekundäre Naht nach Verletzung des Nerven selbst 3mal völlige Wiederherstellung der Funktion, 1mal nur geringe Besserung erzielt. In den geheilten Fällen betrug das Intervall 12—15 Wochen, bei dem Misserfolg 11 Monate. K. glaubt, dass die Ursache desselben in der totalen Degeneration der Muskeln lag, und dass die Prognose der sekundären Operation bei Bestand der Lähmung bis zu einem Jahr schlecht wird. Ein Versuch, die Funktion wieder herzustellen, sollte aber trotzdem nie unterlassen werden.

J. Crawford Renton. The surgical treatment of sciatica.

R. hat bei der operativen Freilegung des N. ischiadicus in Fällen von hartnäckiger Ischias häufig zahlreiche perineuritische Verwachsungen in großer Ausdehnung gefunden, nach deren Beseitigung Pat., die schon 3, 4 und 7 Jahre von ihrem Leiden geplagt waren, völlig geheilt wurden. In 8 Fällen hat R. so erfolgreich operirt. Er hält die Operation indicirt in hartnäckigen Fällen, wenn die gewöhnlichen Mittel erschöpft sind, besonders dann, wenn es sich um Fälle handelt, die in der Ruhe schmerzfrei sind.



R. H. Parry. Cases of spasmodic torticollis.

P. hat 3 Fälle von spastischem Schiefhals mit Resektion eines Theils des Nerv. spinalis accessorius behandelt. Der Erfolg war ein günstiger; doch hält er eine Massagebehandlung der Muskeln der gegenüberliegenden Seite, eventuell noch eine Durchtrennung der sie versorgenden Nerven für nothwendig.

Noble Smith hat 17 Fälle mit Erfolg operirt, Nachtheile nie gesehen.

Kocher (Bern) hat in seinen Fällen mit Durchtrennung des äußeren Astes des Accessorius allein keinen Erfolg gehabt. Es trat nach gewisser Zeit ein Recidiv ein. Er hat dann auf beiden Seiten die Muskeln durchtrennt und vollkommene Heilung erzielt.

A. W. Mayo Robson. A series of cases of choledochotomy including three of duodeno-choledochotomy.

R. schätzt vom chirurgischen Standpunkt aus die Zahl der Fälle, in denen es sich bei der Cholelithiasis um Steine im Ductus choledochus handelt, auf 20%.

Welche Eingriffe bei Choledochussteinen nöthig werden bei der Operation, lässt sich vorher nicht sagen.

Das Zurückschieben der Steine in den Ductus cysticus ist wegen Schrumpfung desselben und der Gallenblase selten ausführbar; 2mal hat Vortr. es mit Erfolg bei erweitertem Cysticus angewandt. Das Verschieben in das Duodenum gelingt selten und ist unsicher. Die Cholecystotomie mit nachfolgender Behandlung der obturirenden Steine durch auflösende Einspritzungen von Olivenöl oder Seifenlösung ist ein Eingriff, der sofort Erleichterung giebt und auch bei heruntergekommenen Pat. riskirt werden darf.

Die Zertrümmerung der Steine im Choledochus hat R. bei 30 Gelegenheiten mit Erfolg und ohne Todesfall angewandt; sie ist nur bei weichen Steinen und bei schlechter Zugänglichkeit des Ductus choledochus vorzunehmen, wenn eine Verlängerung der Operation nicht angeht. Eine Nachbehandlung durch lösende Einspritzungen empfiehlt sich.

Die Cholecystenterostomie ist nur eine Aushilfsoperation bei herabgekommenen Pat.; R. hat sie 7mal wegen Choledochussteinen ausgeführt (1 Todesfall).

Die Choledochenterostomie, bei weitem Choledochus und kontrahirter Gallenblase, kommt selten in Betracht. R. hat sie 2mal mit Erfolg gemacht.

Die Choledochostomie d. h. Vernähung des erweiterten Ductus choledochus und Drainage ist so häufig mit einer Infektion der Gallengänge der Leber verbunden, dass sie selten auszuführen ist. Ein Pat. R.'s, der noch frei von infektiöser Cholangitis war, genas.

Die Choledochotomie ist die Operation »par excellence« für Choledochussteine. Technisch bevorzugt R. dafür den Schrägschnitt am unteren Rand des rechten Leberlappens. Wichtig ist die Entfernung sämmtlicher Steine; R. befürwortet zu diesem Zweck die Digitaluntersuchung des erweiterten D. choledochus eventuell unter Zuhilfenahme eines gebogenen Löffels. Er nimmt die Naht der Incisionswunde vor, drainirt mit Gaze und Gummidrain unter gleichzeitiger Anlegung einer Gallenblasenfistel. Bei Einklemmung von Steinen im Duodenaltheil des Ductus choledochus hält R. es für das beste, von einer Incisionsöffnung des Duodenums aus vorzugehen. R. war dazu 3mal genöthigt. Er hat unter 17 Choledochotomien 2 Todesfälle zu beklagen gehabt. Zur Bekämpfung der cholämischen Blutungen empfiehlt er einige Tage vor der Operation 3mal täglich $1/2$ Drachme Kalciumchlorid innerlich, nach der Operation 1 Drachme (3,75 g) 3mal täglich durch Klysma zu geben. Seit Anwendung dieses Mittels hat R. keine Komplikationen der Operation durch cholämische Blutungen mehr gesehen.

W. Thelwall Thomas. Ruptur of gall bladder: laparotomy, cure.

T. berichtet von einem 14jährigen Jungen, der nach einem Falle, flach auf den Bauch, 6 Stunden nach dem Frühstück, unter den Erscheinungen des Collapses zur Behandlung kam. Wegen Fortdauer der Shockerscheinungen und Auftretens peritonealer Reizerscheinungen 30 Stunden später Laparotomie: in der

Bauchhöhle Galle, Därme kollabirt, keine Peritonitis; die zerrissene Gallenblase wurde drainirt und in die Bauchwunde eingenäht, die Bauchhöhle gereinigt und durchgespült. Völlige Heilung.

J. Paul Bush. Cases of perforative gastric ulcer treated by operation.

B. hat 1mal 26, das 2. Mal 18 Stunden nach den deutlichen Erscheinungen der Magenperforation operirt, beide Male mit Erfolg. (Die 1. Pat. starb in der 4. Woche an einem Herzschlag.) Bemerkenswerth ist, dass B. bei Perforation der hinteren Magenwand die Leberdämpfung vorhanden, bei Perforation der vorderen dieselbe verschwunden fand. Die Reinigung des Bauchfells besorgt er durch Austupfen, die Irrigation hält er nicht für empfehlenswerth.

Wheeler tritt in der Diskussion für die Irrigation und Auswaschung des Peritoneums ein; eben so

Thomas H. Morse, der 4 Fälle operirt hat (1 gestorben), Charles A. Morton und R. Maclaren, der von 5 Operirten 2 verloren hat.

A. H. Tubby. A case of retroperitoneal hernia in which recovery took place after operation.

Klinische Symptome eines Gallensteinileus; bei der Operation Einklemmung der untersten Ileumschlingen in der Fossa duodenojejunalis hinter der Arteria mesaraic. inferior. Heilung.

William Henry Battle. A case of traumatic glutaeal aneurysm.

Ein gesunder 25jähriger Bursche hatte sich durch Fall vom Pferde eine starke Kontusion des rechten Gesäßes zugezogen. Eine sofort nach dem Falle aufgetretene Schwellung der rechten Gesäßseite ging nicht mehr völlig zurück, es treten Schmerzen etc. auf. Bei der Aufnahme zeigt der Pat. eine gleichmäßig starke pulsirende Schwellung der rechten Glutäalgegend vom hinteren Rand des Trochanters bis nach der Mittellinie hin. Die Schwellung konnte durch Druck verkleinert werden, erreichte beim Nachlass des Drucks unter kräftiger Pulsation rasch wieder die alte Größe. Keine besondere Druckempfindlichkeit, Temperatur normal. Bei der Auskultation kein Geräusch über der Schwellung. Diagnose: Aneurysma traum. der Arteria glutaea (infer.?).

Operation: Zur Ausführung der digitalen temporären Kompression der Art. iliac. kleiner Bauchschnitt durch die Rectusscheide unter Verlagerung des rechten M. rectus abd. unterhalb des Nabels. Dann unter Kompression der Art. iliaca Freilegung des Aneurysmasacks durch 8 Zoll langen Schnitt vom Trochanter zur Spina post. sup. Ausräumung der Gerinnsel des Sacks, Unterbindung der Art. nahe der Incisur. Distales Ende unversorgt — versenkte Nähte Drainage — Heilung. Die temporäre Kompression der Art. iliaca durch den Bauchschnitt empfiehlt B. dringend für ähnliche Fälle. Sie war ihm bei der Operation äußerst werthvoll.

Robert Jones. Castration in enlargement of the prostate.

J. hat bei 7 Pat. wegen Prostatahypertrophie die Kastration ausgeführt und stets Besserung erzielt. Er zweifelt nicht an dem Effekt der Kastration, die eine Atrophie der Prostata stets im Gefolge hat.

C. Mansell Moullin. Excision of one of the vesiculae seminales.

M. hält die Excision der Samenbläschen angezeigt bei Tuberkulose, cystischer Degeneration — oder wie in dem von ihm operirten Falle — bei ständigen Schmerzen in Folge langdauernder gonorrhoischer Entzündung.

Im vorliegenden Falle, in dem zahlreiche Gonorrhoeanfälle vorausgegangen waren, fand sich die rechte Samenblase hart, verdickt, druckempfindlich, die linke war normal, die Beschwerden bei der Urinentleerung und bei den ständigen Recidiven der Entzündung sehr groß. Die Excision wurde mit dem Zuckerkandl-schen Schnitt vom Damm aus vorgenommen. Heilung.

James Macpherson Lawrie berichtet von einem Falle von chronischer Colitis membranacea, die nach 10jähriger Dauer durch eine rechtsseitige in-

guinale Kolostomie geheilt wurde. Der Kunstafter wurde nach 7monatlichem Bestand wieder geschlossen.

Rutherford Morison. Wound treatment.

M. kommt bezüglich der Wundbehandlung auf Grund seiner reichen chirurgischen Erfahrungen zu dem Schluss, dass die antiseptische Methode der Wundbehandlung, wenn man den Kontakt starker antiseptischer Lösungen mit den Wundflächen vermeidet, eine ideale Wundheilung gewährleistet, dass bei nicht inficirten Wunden die Drainage unnöthig ist, dass zur Blutstillung in der großen Mehrzahl der Fälle die Torsion der Gefäße an Stelle der Ligatur genügt, dass durch Nähte mit gekochtem Katgut am besten die tiefen Schichten der Wunde mit der Haut zusammen zur Vereinigung gebracht werden, dass der erste Verband bei allen reinen Wunden 10 Tage liegen bleiben soll. Die Einzelheiten der Ausführung der Antisepsis an Operateur, Material, Instrumenten und Operationsraum sind im Original einzusehen.

Charles B. Ball. Radical cure of hernia by an improved method of torsion of the sac.

Zur Vermeidung der bei der Kocher'schen Radikaloperation der Hernien für die Verlagerung des Bruchsacks nothwendigen Öffnung in der Aponeurose des M. obliquus externus, die zu Recidiven Anlass geben kann, wendet B. seit 5 Jahren ein Verfahren an, das das Princip der Verlagerung des Bruchsacks beibehält und ihm in 74 Fällen gute Resultate ergeben hat. Es besteht darin, dass der Operateur nach Isolirung des Bruchsacks und Torsion desselben im subperitonealen Gewebe stumpf mit dem Finger mindestens 1 Zoll weit in die Höhe geht und mit einer gekrümmten Nadel einen Seidenfaden neben dem Finger durch Muskulatur und Haut, d. h. durch die ganze Bauchwand hindurchführt, dann denselben Faden um den gedrehten Bruchsackhals hinten herumführt und mit dem anderen Fadenende auf der anderen Seite des Bruchsacks wiederum vom subperitonealen Raum her durch Muskulatur und Haut durchsticht. Nach Anziehen des Fadens und Knüpfen über ein Stückchen Leder oder dgl. wird der Bruchsack im subperitonealen Raum gefaltet in die Höhe gezogen, dort fixirt und trägt hier zur Verstärkung der Bauchwand bei; es folgt dann die übliche Naht des Leistenkanals und der Bruchpforte. Bei dickem und großem Bruchsack wird ein Stück desselben resecirt. Das Verfahren ist eben so auf Schenkelbrüche anwendbar.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

17) **R. Sainton.** Sur un nouveau cas de déplacement congénital de l'omoplate.

(Revue d'orthopédie 1898. No. 6.)

Der 4. Fall aus der Kirmisson'schen Beobachtung. Bei einem 9jährigen Knaben Hochstand des rechten Schulterblatts um ca. 5 cm und Schiefstellung bei geringer linkskonvexer Skoliose in langem Bogen ohne Rippendeformation. Angeborene Anlage muss angenommen werden. **Herm. Frank** (Berlin).

18) **Milo** (Haag). Ein Fall doppelseitiger Sprengel'scher Difformität.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VI. Hft. 2.)

Verf. ist der Meinung, dass die typische Verschiebung der Schulterblätter bei dem 11 Jahre alten Pat. aufzufassen ist als intra-uterine Belastungsdifformität, welche zu einer sekundären Verkürzung der cervico-dorsoskapulären Muskeln geführt hat. Nach der elektrischen Untersuchung von Salomonson ist eine doppelseitige Lähmung des Serratus anticus major auszuschließen.

J. Riedinger (Würzburg).

19) **Galvani.** Deux cas d'hypertrophie congénitale des membres.

(Revue d'orthopédie 1898. No. 6.)

Bei einem 18jährigen Mann wurde an der rechten Hand eine sehr beträchtliche Hypertrophie des 2. und 3. Fingers mit seitlicher Verkrümmung, geringere des

Daumens und Verkleinerung des 4. und 5. Fingers beobachtet, bei einem gleichaltrigen Mann Riesenwachsthum der 3 ersten Zehen des rechten Fußes, während die beiden anderen normal blieben. Sonst keinerlei Abnormität; auch das Skelett der Mittelhand und des Mittelfußes normal. **Herm. Frank** (Berlin).

20) **Lejars.** Lymphangiome kystique de l'aisselle.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 389.)

Der zur Zeit der Operation 32jährige Pat. bemerkte seit 2 Jahren eine schmerzlos wachsende, nur bei ausgiebigen Bewegungen etwas hindernde Geschwulst in der rechten Achselhöhle. Dieselbe hatte Faustgröße erreicht, war von normaler Haut bedeckt, weich, pseudofluktuirend. Sie saß, wie die Exstirpation zeigte, den großen Gefäßen dicht auf, war polycystisch, ein deutliches Lymphangiom. Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

21) **Berger.** Luxation intracoracoïdienne de l'humérus réduite au quarante-septième jour.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 501.)

Trotz 47tägigen Bestehens gelang B. die unblutige Einrichtung einer Schulterverrenkung nach Beweglichmachung des Arms mittels des Hennequin'schen Extensionsapparats bei einem Zug von nicht mehr als 40—50 kg. Nach Jahresfrist hatte Pat., obwohl schon über 50 Jahre alt, fast volle Funktion des verletzten Arms wiedererlangt. **Reichel** (Chemnitz).

22) **Nasse.** Ein Fall von Luxatio humeri infraclavicularis irreponibilis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 41.)

Der in der Klinik v. Bergmann beobachtete Fall betrifft einen 56jährigen großen kräftigen Stallmann, welcher durch Sturz mit dem Pferde, wobei er auf die rechte Schulter auffiel, eine Luxatio humeri infraclavicularis erlitten hatte. Die sofort in Narkose angestellten Repositionsversuche gestatteten wohl sehr leicht, den Humeruskopf bis zur Höhe der Cavitas glenoidalis herabzuziehen, doch glitt er stets von der letzteren nach verschiedenen Richtungen ab; es gelang auf keine Weise, obgleich alle möglichen Repositionsmanöver versucht wurden, den Kopf in die Pfanne einzustellen. N. wollte nun einige Tage abwarten, bis der mächtige Bluterguss verschwunden wäre, doch riss sich der Verletzte im Delirium tremens die angelegten Verbände herab, hantirte rücksichtslos mit seinem Arm umher, wodurch der Bluterguss enorme Dimensionen annahm. Ungefähr 3 Wochen nach dem Unfall schritt N. zur blutigen Reposition von einem Hautschnitt in der Achselhöhle aus. Der Oberarmkopf stand wie eingemauert fest, die ehemals blutig infiltrirten Muskeln waren in eine starre, von Schwielen durchsetzte Masse verwandelt. Nach Freilegung des Kopfes zeigte es sich, dass alle Muskeln, welche sich an den Tuberkeln inseriren, und die Kapsel völlig abgerissen waren, so dass der Kopf völlig nackt in einer starrwandigen Höhle lag. Nach Herausdrängung des Kopfes zeigte sich die Cavitas glenoidalis von einer dicken, schwieligen Narbenmasse bedeckt. Eine unter solchen Umständen aussichtslose Reposition machte der Resektion des Oberarmkopfes Platz, wonach das obere Humerusende in der Pfannengegend eingestellt wurde. Die Heilung erfolgte ohne Störung und Zwischenfall; das funktionelle Resultat der Resektion war ein auffallend gutes, indem Pat. bei fixirtem Schulterblatt den Arm um ca. 45° abduciren und mit Zuhilfenahme der Bewegungen des Schulterblatts denselben über die Horizontale heben konnte.

N. zieht aus seiner Beobachtung die Lehre, bei einer frischen irreponiblen Luxation die Operation nicht bis zum Verschwinden des Blutergusses aufzuschieben, sondern dieselbe stets sofort vorzunehmen. **Gold** (Bielitz).

23) C. Blauel. Über das Reiskörperchenhygrom der Bursa subdeltoidea.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Verf. berichtet über einen der seltenen Fälle von Reiskörperchenhygrom der Bursa subdeltoidea aus der v. Bruns'schen Klinik. Derselbe verdient um so mehr Interesse, als bei der 54jährigen Kranken gleichzeitig chronische Lungentuberkulose und ein Zwerchsackhygrom der Handgelenksgegend bestanden haben, als ferner die Geschwulst im Lauf von $2^1/_2$ Jahren einen Umfang erreicht hatte (Kindskopfgröße), wie er bei Hygromen dieser Lokalisation bis dahin noch nicht konstatirt worden war.

Von zwei parallelen Schnitten aus ließ sich die Neubildung unversehrt stumpf aus ihrer Umgebung ausschälen; sie erwies sich als ein im Ganzen kugeliger Sack, der im Inneren mit zahllosen theils freien, theils mehr oder minder noch anhaftenden Reiskörperchen ausgefüllt war, und in dessen Wand sich zahlreiche Tuberkel mit Riesenzellen nachweisen ließen. Außer diesem konnte Verf. nur noch 15 Fälle von Hygrom der Bursa subdeltoidea zusammenstellen, die fast alle ebenfalls Reiskörperchen enthielten; in 4 derselben, in denen mikroskopische Untersuchungen angestellt worden waren, wurde Tuberkulose als Ursache gefunden, aber auch die übrigen Fälle spricht Verf., wie überhaupt jedes typische Schleimbeutelhygrom, wohl mit Recht für tuberkulös an. Bezüglich der Therapie wird die Radikaloperation, die außer in dem v. Bruns'schen Falle nur 3mal mit Erfolg ausgeführt worden ist, warm empfohlen. **Honsell** (Tübingen).

24) A. Bischitzky. Über äußere, subseröse Lipome des Ellbogengelenks.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

In dem mitgetheilten Falle fanden sich bei einem 45jährigen Manne am Ellbogengelenk zu beiden Seiten des M. biceps je etwa hühnereigroße Lipome, welche die Beugung des Unterarms behinderten, im Übrigen keinerlei Beschwerden verursachten. Wie die Operation ergab, standen dieselben je durch einen Fortsatz mit der Gelenkkapsel in Zusammenhang, und zwar an Stellen, an welchen auch normaliter Fettanhäufungen vorkommen (Gegend des Proc. coronoides und des Radiusköpfchens). Entsprachen danach die Geschwülste durchaus den subserösen Lipomen, wie sie sonst am Kniegelenk vor Allem beobachtet werden, so unterschieden sie sich doch andererseits sehr wesentlich von diesen durch die Art ihres Wachsthums, indem sie sich nicht nach der Gelenkhöhle, sondern ausschließlich nach außen hin entwickelt hatten. **Honsell** (Tübingen).

25) Antonini. Di un caso di acromegalia.

(Gazz. med. di Torino 1899. No. 6.)

Akromegalie in Gestalt von kolossaler Vergrößerung beider Hände und Füße. Daneben bestehen folgende für eine Geschwulst der Schädelbasis resp. der Hypophysis sprechende Symptome: fast völlige Amaurose links, Gesichtsfeldbeschränkung rechts, Demenz, Konvulsionen, Schwindel, Kopfschmerz, Kachexie, Polyurie, Myxödem. Schilddrüse nicht fühlbar. Hypertrophie des Herzens. Die Trägerin ist eine nun 29 Jahre alte Bäuerin, bei der die Affektion vor 9 Jahren unter plötzlichem Verschwinden der Menses begann. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

26) M. Schüller. Syndaktylie mit überschüssiger Phalangenanlage.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. II. Hft. 2.)

S. fand bei einem 6jährigen Mädchen mit Hilfe der Röntgenphotographie außer einer Syndaktylie des 3. und 4. Fingers der rechten Hand eine überzählige Fingeranlage zwischen diesen beiden Fingern. Nach Entfernung der überzähligen Phalangen brachte er die Syndaktylie zur Heilung. **H. Wagner** (Breslau).



27) **Poirier.** Doigt à ressort.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 502.)

P. hatte Gelegenheit, das bei einer Autopsie gewonnene Präparat eines schnellenden Fingers zu untersuchen. Die Sehnen und Sehnenscheiden erwiesen sich völlig normal. Hingegen fand sich eine Unregelmäßigkeit der Gelenkfläche. An dieser Stelle fand die Bewegung ein Hindernis, um nach seiner etwas gewaltsamen Überwindung plötzlich, »schnellend«, zu Ende zu gehen. **Reichel** (Chemnitz).

28) **O. Wolff.** Die Caries der Synchondrosis sacro-iliaca und ihre Behandlung.

(Deusche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 585.)

Die interessante Arbeit bedarf keiner eingehenden Berichterstattung, da W. über ihren Gegenstand auf der 1898iger Naturforscherversammlung einen Vortrag gehalten und diesen p. 1152 1898 unseres Blattes selbst referirt hat, worauf hier zu verweisen. Hinzuzufügen ist nur, dass die Operirten zur Nachbehandlung einen großen Gipsverband erhalten, welcher, bis zum Rippenbogen reichend, das ganze Bein der resecirten Seite und den Oberschenkel der gesunden Seite bis zum Knie umfasst, und bei welchem beide Beine in ganz leichte Abduktion in der Hüfte gestellt werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) **Gangitano.** Lussazione esterna completa della rotula, traumatica, inveterata. — Riduzione cruenta. — Guarigione.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1898. No. 151.)

Es handelte sich um eine vollkommene Verrenkung der Kniescheibe auf den Epicondylus externus bei einem 15jährigen Mädchen. Die Verrenkung bestand seit 10 Jahren. Ein Schnitt um den unteren Rand der Kniescheibe herum wird nach innen und unten verlängert. Haut und Subkutangewebe werden durchtrennt. Das Ligamentum patellae wird mit einer Knochenscheibe, die noch einen Theil der Spongiosa der Tuberositas tibiae mit enthält, losgelöst und sammt der Kniescheibe mit einem Haken nach oben gezogen. An der inneren Seite der Tuberositas tibiae wird das Periost gelöst und im Knochen eine Lücke ausgehauen, in die die Knochenscheibe hineinpasst. 2 Löcher dienen dazu, mit 2 groben Katgutnähten die Knochenscheibe zu befestigen. Die Kapsel wird ebenfalls mit Katgut genäht. Hautnaht.

Vollkommene Heilung nach etwa 6 Wochen. **Dreyer** (Köln).

30) **J. Schultz** (Hamburg). Zur Kasuistik seltener traumatischer Luxationen der unteren Extremität.

(Sonderabdruck aus der Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 9.)

Verf. bespricht in einer lesenswerthen kleinen Arbeit 3 seltene Fälle von Luxationen der unteren Extremität.

Die chirurgische Abtheilung des Hamburger Krankenhauses verfügt in nahezu 8 Jahren über 36900 Beobachtungen, davon nur über 188 Fälle von Verrenkungen. Selten sind die Verrenkungen am Hüftgelenk (3), Kniegelenk (4), Fußgelenk (9).

Verf. will nur solche Verletzungen als Verrenkungen aufgefasst wissen, bei denen kein Knochenbruch vorhanden ist, die übrigen dagegen als Knochenbrüche mit Dislokation der Bruchenden. Auch möchte er die Nomenklatur dadurch genauer präcisiren, dass man nur den distalen Knochen als verrenkt bezeichnet.

1) Verrenkung des Fußgelenks: der vorliegende Fall ist der 2. absolut sicher gestellte mit seitlicher Verrenkung im Fußgelenk ohne Knochenbruch. Ein ausgezeichnetes Röntgenbild ist beweisend. Verf. widerspricht dem Ausspruch der Lehrbücher: »Seitliche Luxation im Fußgelenk ist unmöglich«. Ein junger Mensch kam beim Zusammenrennen mit einem zweiten Rade zu Fall; dabei Einklemmen des rechten Unterschenkels zwischen beiden Radrahmen und Verfangen des gleichen Fußes im Rad. Untersuchung in Rückenlage ergab bei ausgestreckten Unterschenkeln festes Aufstehen der rechten Fußsohle auf dem Tisch. Äußerer Rand des Fußes nach vorn, innerer nach hinten, Spitze nach innen, Ferse nach außen. Die Gelenkfläche des äußeren Knöchels konnte als tellerförmige Grube

durchgefühlt werden. Verbindung zwischen Talus und Mittelfußknochen unversehrt. Knöchelbruch nicht vorhanden. Reposition. Gipsverband. Nach 3 Monaten völlige Genesung.

2) Kniegelenksverrenkungen (Röntgenbild). Nach Cramer sind die Verrenkungen nach innen die seltensten. S. erwähnt 2 Fälle kurz: 1) der linke Unterschenkel nach hinten verrenkt. Zerreißung der Gefäße. Gangrän. Tod. 2) Verrenkung nach hinten, Ausgang gut. Dann bespricht er einen Fall von Graff eingehender. Verrenkung nach innen. Ein 50jähriger, korpulenter Mann kommt zu Fall beim Sprung aus dem Wagen; dabei stürzt sein schwerer Körper auf den rechten Unterschenkel. Rechtes Bein verkürzt, nach innen rotirt, Varusstellung von 145°. Knie sehr verbreitert. Die Gelenkfläche wie Kondylenende abtastbar. Die Haut dort so gespannt, dass Gangrän zu fürchten. Die Kniescheibe steht quer. Zerreißung der äußeren Bänder und Lig. cruciata. Dauerndes Schlottergelenk, das einen Stützapparat (Hessing) dauernd nöthig macht.

3) Verrenkungen im Hüftgelenk: Von den drei in Eppendorf beobachteten Luxat. iliac. diese die seltenste, weil der Kopf enorm hoch stand. Das beiliegende Röntgenbild beweist das. Der Fall widerspricht der Auffassung, dass der Kopf in Wirklichkeit auf die eigentliche Darmbeinschaufel bis an deren obere Grenze nicht hinaufrutschen könnte. Ein angetrunkener Matrose kam vor der Elektrischen Straßenbahn zu Fall und wurde von der Schutzvorrichtung derselben geschleift. Konnte nur durch Zurückschieben des Wagens befreit werden. Schmerz im rechten Hüftgelenk. Rechtes Bein verkürzt, mäßig flektirt, adducirt. Großer Trochanter 12 cm über der Roser-Nélaton'schen Linie. Kopf unter der Gesäßmuskulatur in Höhe der Spina ant. sup. dicht unter Crista oss. il. zu fühlen. Reposition nach Kocher. Pat. verlässt eigenwillig das Krankenhaus am 4. Tage. Nach 3 Wochen kann er ungestört seinem Dienst nachgehen.

Hiernach bespricht S. den Mechanismus dieser Verrenkungen und ihre Prognose mit Rücksicht auf das Unfallgesetz. **Steffann** (Bielefeld).

31) **Fabrikante** (Charkoff). Des incurvations du col du femur. Coxa vara.

(Revue de chir. 1898. No. 7 u. 11.)

Die in Frankreich bisher noch wenig beobachtete Verbiegung des Schenkelhalses wird von F. an der Hand des zahlreichen Materials deutscher Chirurgen und 4 eigener Fälle in vorliegender Arbeit der Revue de chir. sorgfältig beschrieben und durch eine Reihe guter Abbildungen erläutert. Die Pat. F.'s, bei denen die richtige Diagnose sofort gestellt werden konnte, standen im Alter von 3, 7, 8 und 8½ Jahren; bei 3 derselben war außer der stets auf rachitischer Basis beruhenden einseitigen Verbiegung auch eine Verlängerung des Schenkelhalses nachweisbar. Orthopädische Massage- und Bäderbehandlung führte zu wesentlicher Besserung. — Die Schlussfolgerungen F.'s lauten gleich denen der neuesten deutschen Autoren. **Kramer** (Glogau).

32) **Köppen-Norden.** Seltene Verletzung des Oberschenkels.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 11.)

Der betreffende Pat. fällt mit dem Oberschenkel gegen eine Steinkante. Diagnose: Quetschung der Weichtheile. Nach Resorption der Schwellung bleibt an der Grenze vom oberen zum mittleren Drittel eine ca. hühnereigroße, knochenharte, scheinbar verschiebliche Verdickung zurück. Das Bein kann im Kniegelenk nur bis ca. 90° gebeugt werden. Die wegen Abnahme der Beugungsfähigkeit ausgeführte Operation ergiebt die Lossprengung einer Knochenspange aus dem Femur. Das obere Ende der Spange ist mit dem Femur verwachsen und das untere ragt schräg nach unten außen durch die Weichtheile nach der Peripherie zu. Die Spange war 4 cm breit, ¾ cm dick und 10 cm lang. Das untere Ende war 3 cm vom Femur entfernt. Durch Verwachsung der sehr tiefen Operationsnarbe mit dem Knochen Verzögerung der Heilung. Nach 6 Monaten völlige Wiederherstellung. **Teubner** (Hannover).

33) M. Lübbe. Zur Frage des Hämarthros genu.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 614.)

Im Wesentlichen eine Berichterstattung über die Erfahrungen an dem einschlägigen Material des Hamburger Seemannskrankenhauses. Das lange Flüssigbleiben des ins Knie ergossenen Blutes fand sich bestätigt. Bei 28 Punktionen, vom 1. bis 23. Tage nach der Verletzung ausgeführt, fand sich gerinnselfreies, flüssiges Blut. Allerdings wurde aber auch 2mal nach 2, und 2mal nach nur 1 Tage Gerinnung vorgefunden. Die Schwere der Verletzung scheint auf das Eintreten der Koagulation nicht ohne Einfluss zu sein. Als beste Behandlungsmethode stellte sich die Punktion mit nachfolgender antiseptischer Gelenkauswaschung heraus; sie erzielte die rascheste Heilung. 22 Fälle — und zwar die vergleichsweise leichteren — wurden nicht punktirt und erforderten eine Behandlungsdauer von 9—92 Tagen, im Mittel 31,6 Tage. (73% vollständig, der Rest unvollständig geheilt.) Bei den 32 punktirten Fällen betrug das Maximum der Behandlungsdauer nur 41 Tage, ihr Mittel 20,5 Tage. (75% vollständig, der Rest unvollständig geheilt.) Bei einer geringen Anzahl von Fällen traten ungewöhnlich ungünstige Folgen der Verletzung ein. Von ihnen beschreibt Verf. folgende Beobachtungen näher: 1) Ein Fall von Ausgang in Ankylosenbildung. Das bereits versteifte Knie entleerte bei der Arthrotomie 20 ccm blutigseröse Flüssigkeit. Heilung in Streckankylose mit Subluxation der Tibia. 2) Ausgang in zottige Entartung der Synovialis. Bei der queren Gelenkincision durch das Lig. patellae finden sich unzählige zottige, reiskorn- bis haselnussgroße Exkrescenzen. Ausgedehnte Excision der entarteten Kapsel. Heilung mit freier Extension und bis 45° beschränkter Flexion. 3) Ähnliche noch schwerere, fast Arthritis deformans-artige Veränderungen. Die Gelenkincision entleert zahlreiche Reiskörperchen und rothgelbes Serum. Synovialisverdickung, Zottenwucherung, Knorpelusuren. Ergiebige Synovialisexcision. Heilung mit Flexion bis rechtem Winkel, nicht völlig möglicher Streckung, aber Gehfähigkeit ohne Stock.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) Bähr. Zur Verwachsung der Kniescheibe mit dem Femur.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 11.)

Verf. bespricht kurz die Möglichkeiten einer Verwachsung der Patella mit dem Femur und die Schwierigkeiten, die sich oft einer exakten Diagnose bieten, ob es sich um knöcherne oder fibröse Verwachsungen oder bloß um eine Fixirung der Patella durch Verkürzung des Bandapparats handelt.

Nach Besprechung der bisher geübten Methoden zur Lösung der Verwachsungen theilt Verf. einen einfachen Trick mit, mittels dessen es ihm gelungen ist, Adhäsionen in hörbarer Weise zu sprengen.

Teubner (Hannover).

35) Rölen. Beitrag zur Kasuistik des »schnellenden Kniees«.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 11.)

Nach einer schweren Unterschenkelverletzung (Eisenbahnunglück) findet sich bei der betreffenden Pat. bei den ersten Gehversuchen folgendes Bild: Das Bein wird beim Gehen im Knie bis ca. 165° normal gestreckt, dann erfolgt mit einem schnellen gewaltsamen Ruck der Rest der Streckung und Überstreckung bis 10°. Der Zustand bleibt unverändert. Röntgenaufnahme ergiebt normalen Knochenbefund.

Therapie: Versteifung des Gelenks durch Operation oder Schienenapparat. Als Ursache wird die isolirte Zerreißung des Ligam. cruc. post. angenommen.

Teubner (Hannover).

36) E. Deetz. Ein Beitrag zur Pathogenese der Cysten in den langen Röhrenknochen.

Inaug.-Diss., Straßburg i/E., 1898.

Verf. beschreibt einen in der Madelung'schen Klinik im Jahre 1897 beobachteten Fall einer Knochencyste der rechten oberen Tibiaepiphyse bei einem

18jährigen Mädchen. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Theile, namentlich der die Höhle durchziehenden Leisten, ergab das Fehlen einer epithelialen Schicht; dagegen fanden sich auf den Knochenleisten bindegewebige, theils glatte, theils wellige Faserzüge, die namentlich an den Gefäßen viel Rundzellen und vereinzelte Spindelzellen enthielten. An der Hand dieses Falles folgt eine ausführliche Litteraturangabe und klinische Besprechung der Knochencysten und ihrer Entstehungsmöglichkeiten. **Winkelmann** (Barmen).

37) **R. W. Lovett.** Bursitis of the deep pretibial bursa.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1897.)

Verf. hat an 48 Leichenpräparaten das Kniegelenk auf das Vorhandensein des tiefen prätibialen Schleimbeutels (Bursa infrapatellaris profunda etc.) untersucht. Der Schleimbeutel fand sich in allen Fällen. Er war innen stets glatt und unilokulär. In keinem Falle war eine Kommunikation mit dem Kniegelenk nachzuweisen. Seine dreieckige Form und seine Lage waren konstant, nur der Gehalt an Flüssigkeit war ein wechselnder. Die Grenze des Schleimbeutels im prätibialen Fettgewebe reicht nach diesen Untersuchungen oben bis zur Höhe der Gelenkfläche der Tibia. Die untere Grenze verläuft parallel zur oberen. Die hintere Grenze wird gebildet vom Periost der Tibia und die vordere vom Ligamentum patellae, dessen Breite in der Regel erreicht wird. An einem ankylotischen Kniegelenk fand sich keine Spur eines Schleimbeutels.

Verf. berichtet außerdem über 5 Fälle von Entzündung dieser Bursa spontanen und traumatischen Ursprungs. Er glaubt, dass diese leicht zu diagnosticirenden Affektionen nicht selten sind. **J. Riedinger** Würzburg).

38) **C. A. Morton.** Excision of the upper end of the tibia for myeloid sarcoma as a substitute for amputation.

(Brit. med. journ. 1898. Juli 23.)

M. theilt 2 Fälle von myelogenem Sarkom des Tibiakopfes mit, in denen es ihm möglich war, durch Resektion des oberen Tibiaendes, Fortnahme eines entsprechenden Stücks der Fibula, Anfrischung des Femurgelenkendes und Aneinanderfügung der Resektionsflächen, die Amputation zu umgehen und bei Erhaltung aller wichtigen Nerven und Gefäße ein nach Ausgleich der Verkürzung durch Sohlenstiefel durchaus gebrauchsfähiges Glied zu schaffen. Die Patt. sind bis jetzt recidivfrei geblieben, was bei der relativen Gutartigkeit der myelogenen Sarkome auch weiterhin erwartet werden darf. Obwohl M. 4 Fälle von Sarkom des oberen Endes der Tibia bekannt sind, in denen durch Auskratzung des Knochens Heilungen von 2—8jähriger Dauer erzielt wurden, hält er diese Operationsmethode doch für ungenügend und befürwortet die von ihm ausgeführte konservative Resektion. **F. Krumm** (Karlsruhe).

39) **Mazzitelli.** Sopra un caso raro di assenza congenita bilaterale del perone.

(Arch. di ortopedia 1898. No. 5.)

Der genau beschriebene, durch mehrere Abbildungen anschaulich gemachte Fall von doppelseitigem Fibuladefekt bot mehrere Besonderheiten: Die Anamnese ergab eine starke Belastung durch Alkoholismus der Ascendenz. Wie in anderen derartigen Fällen beschrieb die Tibia eine Biegung mit der Spitze nach vorn. An dieser letzteren war die Haut deutlich narbig. Rechterseits saß hier ein knöcherner Fortsatz auf. Die beiden Füße, übrigens ebenfalls unvollkommen entwickelt, standen rechts in Valgus- (was selten vorkommt), links in Varusstellung.

Außerdem sind Störungen und Defekte an den oberen Extremitäten vorhanden; Die beiden Ellbogen bei offenbar normal entwickelten Knochen nicht normal beweglich; an beiden Händen liegen Defekte vor. Rechts ist ein Finger vorhanden ohne Metacarpus. Ein Daumen findet sich nur links. Außerdem besteht beiderseits Syndaktylie, rechts von 3 Fingern, links von zweien. Alle Finger haben nur 2 Glieder.

Bezüglich der Ätiologie glaubt M., die Ursache in einer Veränderung des Nervensystems suchen zu müssen.

Der Träger der Affektion ist ein Knabe von 6 Jahren.

Zur Verbesserung der jetzt sehr geringen Gehfähigkeit wird beabsichtigt, eine Osteotomie und Geraderichtung der verkrümmten Schienbeine vorzunehmen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

40) **Mally.** Paralysie périphérique d'origine traumatique. Troubles réflexes concomitants.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Juli.)

Bei Gelegenheit der Exstirpation einer Lymphdrüsengeschwulst aus der rechten Kniekehle einer 46jährigen Frau wurde der N. peroneus und N. tibialis freigelegt und so gezerrt, dass es zu Zuckungen im Fuß kam. 11 Tage nach der Operation wurde komplete Lähmung der vom N. tibialis anticus versorgten Muskeln konstatirt, Entartungsreaktion und typische Klumpfußstellung. Sensibilitätsstörungen vorhanden, aber wenig ausgesprochen. Zu diesen aus der Nervenzerrung erklärlichen Symptomen gesellte sich eine merkwürdige Steigerung der Kniephänomene beiderseits, besonders rechts, ferner verstärkter Fußklonus auf beiden Seiten und Abmagerung und verminderte elektrische Erregbarkeit der rechten Wadenmuskeln. Die Therapie bestand in Applikation des faradischen Pinsels auf Ober- und Unterschenkel und Faradisation der Wade. Dagegen wurden die paralytischen Muskeln nicht faradisirt. Die Heilung war eine vollkommene.

Verf. stellte umfangreiche Betrachtungen über das Zustandekommen der beschriebenen Erscheinungen an; den wesentlichen Grund erblickt er in einer erhöhten Vulnerabilität des Nervensystems bei der als Plätterin funktionirenden Frau (langsame Intoxikation mit Kohlenoxyd). **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

41) **F. Brunner** und **W. Schulthess** (Zürich). Über Sehnenverpflanzung.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1898. No. 21.)

Ein 13jähriges Mädchen hatte nach plötzlicher Lähmung des rechten Beins im 3. Lebensjahr einen Pes equinus mit Adduktion des vorderen Theils des Fußes und leichter Varusstellung zurückbehalten. Von den Unterschenkelmuskeln funktionirten nur noch die Peronei, die Gastrocnemii und die Zehenflexoren. Es wurde der Peroneus longus in 2 Hälften getheilt und auf die Sehne des Ext. digit. com. longus und des Musc. tibialis anticus aufgepflanzt. Das Resultat nach 6 Monaten war eine unbedingte Verbesserung der Funktion des Unterschenkels, indem Pat. den Fuß aktiv in mindestens rechtwinklige Stellung bringen und darin fixiren kann. **P. Stolper** (Breslau).

42) **Wolff.** Ein Fall von sogenannter Ehret'scher Lähmung.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 12.)

Der vorliegende Fall ist als typisch für das Bild der Ehret'schen Lähmung oder besser der Thiem'schen Gewohnheitskontraktur anzusehen.

Thatsächlich vorhandene oder eingebildete Schmerzen am inneren Fußrand zwingen die 30jährige Pat. 4 Jahre lang nur auf dem äußeren Fußrand zu gehen. Endaffekt: Bei jedem Versuch, den Fuß passiv zu proniren, erfolgt krampfhafte Kontraktur der Wadenmuskulatur, Ausbildung eines Klumpfußes, Ödem des Unterschenkels. Hysterie oder Peroneuslähmung sind ausgeschlossen. Da Pat. sich andauernd gegen jede Therapie direkt feindlich stellt, wird die Behandlung als aussichtslos abgebrochen. **Teubner** (Hannover).

43) **J. Lévai.** Über Mal perforant du pied.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 558.)

L. liefert die Krankengeschichten von 10 von ihm im Spital der »Allgemeinen Arbeiter-Krankenkasse« in Budapest behandelten Fällen. Stets lagen die charakteristischen Eigenthümlichkeiten der Krankheit vor: wenig oder gar keine Be-

schwerden machende, fast unempfindliche Geschwüre, begrenzt von einem Saum dicker, verhornter wallartiger Epidermis, brandiges Aussehen und nekrotische Beschaffenheit, trichterförmige Gestalt des Geschwürs, große Neigung desselben zu recidiviren, Standort desselben beinahe ausschließlich auf der Sohlenfläche, und zwar an den beim Gehen und Stehen dem Druck am meisten ausgesetzten Stellen (1. und 2. Metatarsalköpfchen). Hinsichtlich Ätiologie des Leidens nimmt L. eine Gefäßerkrankung als ursächlich an. Erstens fiel bei verschiedenen erforderlich gewordenen Operationen (Zehenexartikulationen, Sequesterentfernungen etc.) eine ungewöhnlich geringe Blutung auf, und zweitens ergab die histologische Untersuchung von mehreren operativ entfernten Gefäßen eine deutliche Angiosklerose. Auf diese histologische Beschreibung sei besonders hingewiesen. Es wurde untersucht eine Art. dorsalis pedis, eine kleinere Arterie von der inneren Seite der linken großen Zehe, und aus einem excidirten Gewebsstück kleinste nur mikroskopisch bemerkbare Arterienästchen. Überall zeigten sich die Wände und einzelnen Wandschichten stark hyperplastisch verdickt. L. nimmt an, dass diese chronische Arteriitis zu Cirkulationsstörungen führen kann und muss, dass sie gelegentlich Gefäßobliterationen bewirkt und dass sie diese Folgen um so leichter herbeiführen kann, wenn der kranke Fuß ein platter ist, was in den L.'schen Beobachtungen meist der Fall war. Für den angiosklerotischen Ursprung des Leidens spricht auch das gelegentliche kombinirte Vorkommen des Mal perforant mit echter Gangrän. Zeichen nervöser Erkrankung, die für die Erkrankung hätte verantwortlich gemacht werden können, fanden sich bei den L.'schen Kranken nicht. L. lehnt desshalb die Erklärung des Leidens durch trophoneurotische Ursachen ab. Dagegen hebt er zur Aufhellung der Ätiologie der nachgewiesenen Gefäßerkrankung hervor, dass seine Kranken fast sämmtlich Alkoholiker waren, sich in schlechten Ernährungsverhältnissen befanden und schwer zu arbeiten hatten.

Die einschlägige Litteratur ist berücksichtigt und zum Schluss in einem Verzeichnis zusammengestellt, in welchem aber Nasse's Werk über die Krankheiten der Unterextremität vergessen ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

XXVIII. Kongress
der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
vom 5. bis 8. April 1899.

Den Herren Kollegen mache ich die ganz ergebene Mittheilung, dass ich aus den mir eingesandten Vorträgen folgende Themata für die Kongresstage bestimmt habe. —

Mittwoch. Vormittag: Geschichte der Gelenkkörper, Gehirnchirurgie, zur Frage der Schädelbrüche.

Nachmittag: Wundbehandlung.

Donnerstag. Vormittag: Angeborene Hüftgelenksluxation — Krankheiten der Gelenke und Knochen.

Nachmittag: Darmdivertikel, Gastroenterostomie, Ileus, Rectumerkrankungen.

Freitag. Vormittag: Lymphdrüsenerkrankungen bei Carcinomen, über andere Neubildungen.

Nachmittag: Die Behandlung der Blinddarmerkrankungen, Appendicitis larvata, die Indikationen zur Behandlung der Appendicitis.

E. Hahn.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. Sonnabend, den 8. April. 1899.

1) **A. Bardy** und **H. Martin.** La stérilisation des objets de pansement.

(Gaz. des hôpiteaux 1898. No. 139.)

Um eine wirkliche Asepsis der Verbandstoffe zu erzielen, müssen nach B. und M. zwei Grundforderungen erfüllt sein. Erstens müssen die Objekte in dem Behälter aufbewahrt bleiben, in dem sie sterilisirt worden sind. Dies wird erreicht durch Konstruktion besonderer Büchsen, die luftdicht verschlossen in den Handel gebracht und erst unmittelbar vor dem Gebrauch geöffnet werden sollen. Zweitens müssen bei der Sterilisation wirklich alle Keime zerstört worden

sein. Dies gelingt bekanntlich nur durch hohe Temperaturen. Die trockene Hitze hat sich bei Verbandstoffen nicht bewährt, da sie zu langsam eindringt und bei höheren Graden die Stoffe angreift. Wasserdampf von 120° ist sehr wirksam, hat aber bei hydrophilen Stoffen den Nachtheil, dass sie selbst bei längerem Nachtrocknen stets etwas feucht bleiben. Dagegen haben Verff. vorzügliche Resultate mit Alkoholdämpfen gehabt, die schon früher von Répin zur Katgutsterilisation empfohlen worden sind (cf. dieses Blatt 1895 No. 18). Sie haben besondere Flakons konstruirt, in denen ein kleines Quantum Alkohol verkocht und unter einer Temperatur von 120° erhalten wird. Die Stoffe werden hierdurch absolut steril und behalten ihre volle Imbibitionsfähigkeit. Auch antiseptisch gemachte Stoffe, wie Salol- oder Jodoformgaze, können damit sterilisirt werden. Bei letzterer empfiehlt sich eine diskontinuirliche Sterilisation, d. h. 3 Tage hindurch Erhitzung des Alkohols auf nur 100° und Einwirkung 1/2 Stunde lang, da Jodoform bei Temperaturen über 105° zersetzt wird. Eben so lassen sich Katgut, Verbandwatte, Schwämme, Seide, Drains, Kautschukröhren, Wasser, Laminaria, künstliches Serum und alle Arten antiseptisch oder aseptisch zu machende Lösungen sterilisiren, worüber die Verff. geeignete Vorschriften machen. Wir können das Original jedem Chirurgen und Gynäkologen zum Studium empfehlen.

Jaffé (Hamburg).

---

2) **M. Wilms.** Zur Pathogenese des Keloid.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1. p. 149.)

Anschließend an 2 eigene Beobachtungen (Narbenkeloid nach Verätzung mit Schwefelsäure, Narbenkeloid nach Exstirpation von Spontankeloid) giebt Verf. einen Überblick über Natur und Entstehungsursache des Leidens. Nach der mikroskopischen Untersuchung besteht das Keloid im jungen Stadium aus einfachem Bindegewebe, dessen Anordnung und Zellformen völlig denen einer Narbe analog sind; in der Folge aber scheiden die Bindegewebszellen, und darin liegt das charakteristische des pathologischen Processes, in jener Region der Narbe, die sich aufgebaut aus normalerweise Kollagen bildenden Fasern, ganz enorme Kollagenmassen an. Die Grenze der Wucherung entspricht genau der Ausdehnung der Narbe, sie ist theils scharf markirt, theils erstrecken sich keilförmige Bindegewebszüge mit den Gefäßen in das Narbengewebe hinein; letztere sind indessen nicht als proliferirende Ausläufer, sondern nur als die verdickten wurzelartigen Züge der Narbe anzusehen, welche die eintretenden Gefäße begleiten. Nach dem klinischen Verhältnis: dass das Keloid ein beschränktes Wachsthum hat, nach Exstirpation recidivirt, dagegen niemals Metastasen macht, trägt W. Bedenken, dasselbe zu den Geschwülsten zu rechnen, sieht es vielmehr für eine umschriebene Hyperplasie der Haut an, deren Entstehen auf eine besondere Disposition zu vermehrter physiologischer Zellthätigkeit

(Kollagenbildung), nebenbei auch auf äußere Momente zurükzuführen ist.

Von den besonderen Formen der Affektion zählt Verf. die Keloidakne ebenfalls zu den Narbenkeloiden, lässt es dagegen unentschieden, ob auch das sogenannte Spontankeloid, wie neuerdings vielfach angenommen wird, auf einer — subepidermalen — Narbenbildung beruht. **Honsell** (Tübingen).

3) **Jarisch.** Zur Anatomie und Pathogenese der Pemphigusblasen.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 341. Festschrift für F. J. Pick.)

Von Kromayer war behauptet worden, dass der Inhalt von Pemphigusblasen die Eigenschaft habe, an Hautschnitten eine Lösung des Epithels von der Cutis zu bewirken, indem er das kollagene Gewebe zum Quellen bringe; Luithlen hat das gleiche Phänomen konstatirt, glaubte aber aus seinen histologischen Befunden den Schluss ziehen zu können, dass wesentlich das elastische Gewebe durch das Pemphigusserum geschädigt werde. Beide Autoren halten das Entstehen der Pemphigusblasen zwischen Cutis und Epithel für charakteristisch. In 2 Fällen von Pemphigus, die J. untersucht hat, fanden sich die Blasen nicht an dieser Stelle, sondern das eine Mal oberhalb der Basalschicht, das andere Mal zwischen Stratum granulosum und lucidum. Die Verallgemeinerung der Untersuchungsergebnisse der oben genannten Autoren ist also nicht statthaft: Pemphigusblasen können zwischen Corium und Rete und zwischen den verschiedenen Schichten der Epidermis zu Stande kommen. (Ich erwähne bei dieser Gelegenheit, dass der Versuch, durch Pemphigusblaseninhalt eine Loslösung der Epidermis vom Corium zu bewirken, wie schon früher Neisser so auch Herrn Dr. Rona an einem Pemphigusfalle meiner Beobachtung nicht geglückt ist. Ref.) **Jadassohn** (Bern).

4) **P. Tommasoli.** Über Condylomatosis pemphigoides maligna.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 324. Festschrift für F. J. Pick.)

In dem Streit über die Frage, ob der Pemphigus vegetans, den Neumann zuerst beschrieben hat, als eine eigene Krankheit oder nur als eine Varietät des Pemphigus (vulgaris) aufzufassen sei, vertritt P. in der vorliegenden, wesentlich kritischen Arbeit sehr energisch den ersterwähnten Standpunkt. Er betont, dass man die als Pemphigus vegetans beschriebenen Fälle sondern müsse in solche, welche nur vegetirende Formen des Pemphigus sind, und in solche, in denen die Vegetation das Wesentliche ist, und er benennt die letzteren als eine eigene Krankheit: Condylomatosis pemphigoides maligna, unter der Voraussetzung, dass es auch eine benigne analoge

Erkrankung gäbe. Er hält diese Affektion, wie auch den Pemphigus, für das Resultat einer Autointoxikation.

Die Frage ist heute wohl noch nicht spruchreif, und desswegen erübrigt sich hier ein Eingehen auf die specielle Argumentation des Verf. **Jadassohn** (Bern).

---

5) **H. Hallopeau.** »Pyodermite végétante«, ihre Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis und dem Pemphigus vegetans.
(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 289. Festschrift für F. J. Pick.)

6) Derselbe. Zweite Mittheilung über »Pyodermite végétante«. (Supparative Form der Neumann'schen Krankheit.)
(Ibid. Bd. XLV. Hft. 3.)

H. hat schon verschiedene Male unter der Bezeichnung »Pyodermite végétante« eine Krankheit beschrieben, welche durch das Auftreten von Eiterbläschen, durch deren Konglomeration zu großen Herden, durch Eintrocknung der centralen Partie und Umwandlung derselben in eine »düsterrothe, zottige, wuchernde Fläche« charakterisirt ist. Es können auf diese Weise sehr große Plaques entstehen, deren Lieblingslokalisation die Genital- und Aftergegend, die Achselhöhlen, die Lippen, die Mundschleimhaut und die Nasenhöhlen bilden. Die Krankheit wurde bloß bei Erwachsenen beobachtet (H. giebt 5 Krankengeschichten, daunter eine bisher noch nicht veröffentlichte); ihre Prognose ist nicht sehr ungünstig; lokale antiseptische Therapie führt speciell auf der Haut zur Heilung. In seiner ersten Mittheilung bemüht sich Verf. diese Affektion von der Dermatitis herpetiformis Duhring's und vom Pemphigus vegetans Neumann's abzusondern, wenn er auch zugiebt, dass sie als Komplikation beider auftreten kann.

In der 2. Arbeit aber ist H. durch die Weiterbeobachtung eines Falles zu der Anschauung gekommen, dass es sich bei seiner Pyodermite végétante nur um eine »eitrige Form des Pemphigus vegetans von Neumann« handelt. Die Fälle H.'s unterscheiden sich von dem bekannten Typus des Pemphigus vegetans allerdings durch die von vorn herein eitrige Natur der Efflorescenzen, durch das Auftreten gewaltiger Phlegmonen, durch den relativ günstigen Verlauf.

H. ist gerade durch diese seine Beobachtungen zu der Überzeugung gekommen, dass der Pemphigus vegetans kein Pemphigus ist, und er schlägt desshalb vor, ihn als »Neumann'sche Krankheit« zu bezeichnen. Von der Dermatitis herpetiformis, bei welcher ebenfalls Wucherungen vorkommen, will er ihn auch jetzt noch geschieden wissen. **Jadassohn** (Bern).

---

7) **M. Hodara.** Über das Wachsthum der Haare auf Favusnarben nach Skarifikationen und Einpflanzung von Theilen des Haarschafts.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 2.)

Verf. hat Favusnarben, in denen — auch nach mikroskopischer Untersuchung — Haarreste und Follikel vollständig fehlten, skarificirt und in die Skarifikationen Stückchen von Haaren derselben Person (und zwar aus dem Haarschaft ohne Bestandtheile des Wurzelendes) eingepflanzt und darüber Pflaster geklebt. Einzelne der Haarstückchen hafteten und wuchsen, so dass sie nach 3—4 Monaten schon eine ziemliche Länge erreicht hatten. In einem Falle, in dem diese Procedur wiederholt vorgenommen wurde, sind auf diese Weise 2 Favusnarben schon mit einem »leidlich dichten Haarwuchs« versehen. Aus der mikroskopischen Untersuchung der Haare und einiger excidirter Hautstückchen schließt Verf., dass sich die Haarschnitzel nach unten verlängern, eine bulbäre Anschwellung bekommen — nach einigen Monaten ist ein »regelrecht gebildetes Haar mit Wurzel und voller Haarzwiebel vorhanden«. Durch Proliferation der Stachelzellen bildet sich eine äußere Wurzelscheide, an deren Innenseite eine innere Wurzelscheide — beide umgeben das nach unten und weiterhin nach oben wachsende Haar. Um die äußere Wurzelscheide lagert sich dann in Folge von Proliferation der Bindegewebszellen ein fibröser Mantel. Weiter kommen auch Talgdrüsen und Muskeln hinzu.

H. hält die Methode noch für sehr verbesserungsfähig — von allen praktischen Gesichtspunkten abgesehen sind die Versuche theoretisch von großem Interesse. Weitere Experimente werden lehren müssen, ob und in welchem Umfang in der That eine so weitgehende Regeneration von Haarstümpfen aus möglich ist.

Jadassohn (Bern).

---

8) **O. Petersen.** Über die Behandlung des Favus der behaarten Kopfhaut.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 18. Festschrift für F. J. Pick.)

Die Heilung des Favus gehört noch immer zu den schwierigsten Aufgaben der Dermatotherapie. Nach einer Übersicht über die Verbreitung der Krankheit, aus der hervorgeht, dass sie wesentlich von Unreinlichkeit abhängig ist, giebt Verf. eine recht interessante Übersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden. Hauptsächlich beschäftigt er sich mit der Frage, ob man ohne Epilation auskommen könne; er selbst ist eben so wie manche andere moderne Autoren geneigt, auf diese doch immer beschwerliche Procedur zu verzichten. Er hat in einigen Fällen günstige Erfolge mit Jodtinktur (nach vorheriger Entfernung der Krusten mit 1%iger Karbolvaseline) bei 5 bis 7 Monate langer Behandlung erzielt. (Das Jod ist vielfach gerühmt worden; ich selbst habe auch ohne Epilation bei sehr kon-

sequenter Pyrogallusbehandlung Erfolg erzielt; Wolff empfiehlt vor Allem Chrysarobin, dem aber Unna keine Wirkung bei Favus zuerkennt.)

Jadassohn (Bern).

---

9) **A. Breda.** Beobachtungen und Betrachtungen über Lichen ruber.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 113. Festschrift für F. J. Pick.)

Die Arbeit stellt einen kasuistischen Beitrag zu der noch immer auf der dermatologischen Tagesordnung stehenden Lichen ruber-Frage dar. Verf. kommt auf Grund seiner Kasuistik zu dem Resultat, dass er acuminirte Knötchen bei Lichen ruber noch nie »in einer bedeutenden Mehrzahl« gesehen habe; dass Bläschen und Blasen in seinen Fällen immer fehlten, Atrophie sehr selten war; Recidive kamen nicht vor. Er hat Arsenpigmentirung und einmal sehr akut einsetzende Arsenkeratose (in Form äußerst schmerzhafter Callositäten an den Handtellern, die sich »nach Art eines Ringes über die Phalangealgelenke ausbreiteten«) gesehen. Die Pityriasis rubra pilaris hält B. für ein eigenes Krankheitsbild.

Jadassohn (Bern).

---

10) **M. Hodara.** Beitrag zur Histologie des Erythema glutaeale der Kinder.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1898. No. 7.)

Unter dem Namen »Erythema glutaeale« ist von französischen Autoren eine Affektion beschrieben worden, welche am Gesäß, am Damm, auf der Hinterfläche der Ober- und Unterschenkel, dem Hodensack, in den Plicae genito-crurales etc. von kleinen Kindern vorkommt. Man unterschied noch 2 Formen: ein Erythema simplex vesiculosum und ein papulosum. Diese Affektion kommt in Folge von Reizung durch Urin, Koth etc. zu Stande, nach den Einen nur bei schlecht genährten, nach den Anderen besonders auch bei kräftigen Kindern. In Deutschland ist sie meist wohl einfach zu den Ekzemen gerechnet worden. Ihre praktische Bedeutung liegt nur darin, dass es bei ganz banalen Veränderungen besonders in der Glutaealgegend von Kindern zu so derben und dunklen Papeln kommen kann — speciell durch weitere Reizung erodirter Partien —, dass eine Verwechslung mit Lues oft sehr nahe liegt. Das ist der Grund, warum Jacquet diese Veränderung als »posterosive Syphiloide« bezeichnet hat. Die Differentialdiagnose beruht vor Allem auf dem Fehlen aller anderen luetischen Symptome, auf dem häufigen (aber wie ich im Gegensatz zu H. betonen muss, keineswegs regelmäßigem) Vorhandensein von einfachen Erythemen, Blasen und Erosionen, auf einer »strahlenförmigen Epidermisfältelung« an der Peripherie der Papeln und besonders auf der schnellen und vollständigen Abheilung unter einfacher Reinhaltung und nicht specifischer Therapie. Man muss also bei isolirten Papeln in dieser Gegend mit der Diagnose »Lues« warten.

Die histologischen Untersuchungen H.'s haben ihm ergeben, dass bei solchen Efflorescenzen Veränderungen vorhanden sind, die sie von dem Ekzem unterscheiden sollen. **Jadassohn** (Bern).

---

11) **M. Péraire** et **A. Pilliet.** Tumeurs cornées du membre supérieur. Etude clinique et histologique.

(Revue de chir. 1898. No. 6 u. 8.)

Mehrere Fälle von Hauthörnern der oberen Extremität, welche von den Verff. beobachtet und sehr genau histologisch untersucht worden sind, haben Letztere bei dem an und für sich seltenen Vorkommen dieser Geschwulstform an Hand und Arm zu vorliegender Abhandlung veranlasst, in welcher sowohl jene ausführlich und durch Abbildungen erläuterten Fälle in klinischer Hinsicht, als auch die Befunde an den mittels Formolbehandlung hergestellten mikroskopischen Präparaten besonderes Interesse erregen. Indem wir darauf verzichten müssen, die einzelnen Beobachtungen kurz zu referiren, beschränken wir uns unter Hinweis auf die Arbeit und die ihr beigefügten Illustrationen darauf, zu erwähnen, dass nach den Untersuchungen der Verff. die Hauthörner in ihrer Struktur dem Nagel nahestehen, wenn auch dessen Entwicklungsart von der ihrigen in einigen Beziehungen abweicht; andererseits bieten die an ihnen zu beobachtenden degenerativen Veränderungen auch gewisse Ähnlichkeiten mit manchen am Nagel auftretenden pathologischen Zuständen.

Kramer (Glogau).

---

12) **L. Leistikow.** Neueres über Steinkohlentheer.

(Monatsschrift für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 8.)

Der Steinkohlentheer und seine Präparate werden neuerdings von den Dermatologen sehr gern statt der früher meist gebrauchten pflanzlichen Theerarten in Verwendung gezogen und haben zweifellos große Vorzüge. L. empfiehlt ein durch Extraktion mittels Benzol hergestelltes, »Liantral« genanntes Produkt, das ausgezeichnet juckstillend wirkt und Theerfollikulitis nur sehr selten zur Folge hat. Unverdünnt ist dieses Präparat indicirt bei Eczema psoriasiforme und Psoriasis capitis, speciell für inveterirte Formen. In 5—20%iger Salbe, am besten mit Ung. caseïni, empfiehlt es sich bei pruriginösen Ekzemen (besonders der Genitalien und des Afters), bei maculo-papulösen und vesikulösen Ekzemen und bei Eczema keratodes der Hände und Füße, bei den verschiedenen Formen der Prurigo. Liantralpflastermull wurde bei isolirten hartnäckigen Ekzem-, Psoriasis- und Prurigoplaques, Liantralsalbe (Liantral 5,0—10,0, Sapo viridis 5,0, Adeps 45,0), bei Sycosis coccogenes und hartnäckiger Alopecie mit Vortheil angewendet. **Jadassohn** (Bern).

---

13) Rohleder. Die Anwendung des Naftalan in der dermatologisch-syphilidologischen Praxis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXVI. No. 3.)

Das Naftalan, eine schwarzgrünliche salbenartige Masse, ist in letzter Zeit wiederholt sehr gerühmt worden. Nach den Erfahrungen R.'s scheint es bei Ulcus molle und durum und bei Blennorrhoe unwirksam zu sein, dagegen in 5—25 %igen Suppositorien bei Prostatitis ähnlich zu wirken, wie das Ichthyol; bei Ekzem (außer den stark entzündlichen Stadien), namentlich bei chronischen und Gewerbeekzemen wirkt es sehr günstig, günstig auch bei Psoriasis; ungenügend bei Trichophytie, Akne, Prurigo, Lupus etc. Verf. meint, dass es in seiner reducirenden Wirkung etwa dem Ichthyol und Schwefel gleichsteht.

Jadassohn (Bern).

14) P. G. Unna. Kalipasten und Kalidunstverbände.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXVII. No. 2.)

Die in neuerer Zeit etwas aus der Mode gekommene Kaliätzung hat U. speciell bei der Zerstörung von Lepromen gute Resultate gegeben. Er verwendet Kali caustic., Calcar. ust., Sapon. virid., Aq. dest. āā, und zwar je nach der beabsichtigten Tiefe der Ätzwirkung verschieden lange Zeit, ev. mit Abschwächung durch Glycerin; nothwendig ist aber die fortdauernde Zufuhr von Wasser, welche durch Anlegung eines feuchten Verbandes (bei kleinen Stellen bloß etwas feuchte Watte und Zinkoxydpflastermull) erreicht wird. Zur Linderung der Schmerzen hat sich nun der Zusatz von 5—10 %igem Morphium basicum bewährt (nur für kleine Stellen zu benutzen!). Sehr gut »erstaunlich resorbirend« wirken auch Kalidunstverbände (1 : 500—10000 Aq.), z. B. bei ulcerirtem Gesichtslupus — die schwächeren Koncentrationen werden nicht schmerzhaft empfunden.

Jadassohn (Bern).

15) E. Kromayer u. **H. Vieth.** Einige neue dermatologische Heilmittel, Derivate des Pyrogallols, Chrysarobins, Resorcins.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXVII. No. 1.)

Die neuen Präparate sollen wesentlich den Zweck haben, die unangenehmen Wirkungen, welche bekanntlich Pyrogallol und Chrysarobin in hohem Grade besitzen, zu beseitigen. Das Lenigallol (Pyrogalloltriacetat) ist viel weniger reizend, als Pyrogallol, soll in hoher Koncentration auf leichte Psoriasis, vor Allem aber (in 0,5 bis 5,0 %iger Zinkpaste) bei akuten, subakuten und psoriasiformen Ekzemen ausgezeichnet wirken; es ist ein in Wasser unlösliches Pulver. Das Eugallol (Pyrogallolmonoacetat) ist eine braungelbe syrupdicke Masse; es ist mit 33 %igem Aceton verdünnt und bildet einen Firniss auf der Haut und wirkt sehr energisch auf Psoriasis, reizt aber leicht und ist darum vorsichtig anzuwenden. Das Saligallol (Disalicylat des Pyrogallols) wird wesentlich zur Abschwächung des Eu[illegible] (Saligallol 2,0—15,0; Eugallol 1,0—40,0; Aceton ad 100,0) b[illegible]

Von den Chrysarobinderivaten soll das Lenirobin (Tetraacetat) viel weniger reizen als das Chrysarobin; seine »reaktiven« Eigenschaften aber sollen eben so kräftig sein, es soll in der Wäsche keine unaustilgbaren Flecke machen und viel weniger leicht Conjunctivitis hervorrufen. Es wird für leichte Psoriasis, chronische Ekzeme, Herpes tonsurans empfohlen. Viel kräftiger soll das Eurobin (Triacetat) sein; es soll aber in geringerer Koncentration die gleiche Heilwirkung wie höher procentuirte Chrysarobinsalben haben, ohne eben so zu reizen, zu flecken etc. Besonders gerühmt wird seine Anwendung als Firniss nach der Formel: Eugallol 10,0—50,0; Eurobin 1,0—20,0; Aceton oder Chloroform ad 100,0.

Von den Resorcinderivaten ist das Euresol (Monoacetat) eine gelbe syrupöse Masse; es ist bei Akne, Rosacea etc. mit Vortheil angewendet worden. **Jadassohn** (Bern).

---

16) **G. Thibierge.** Über die Anwendung der Arzneigelatine bei der Behandlung der pruriginösen Dermatosen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLIV. p. 309. Festschrift für F. J. Pick.)

Die Bemühungen des Verf., eine allen Ansprüchen genügende Gelatine herzustellen, haben zu folgender etwas komplicirter Formel geführt: Gelatine 150,0; Grénétine (sehr reine Gelatine — durch Behandlung mit HCl und Thierkohle erhalten) 100,0; Gummi arab. 50,0; Glycerin, Aqu. dest. āā 300,0; Zinc. oxyd. 100,0; Phenosalyl 2,0 (hergestellt aus 90 g krystallinischer Karbolsäure, 20 g Milchsäure, 10 g Salicylsäure, 1 g Menthol, 5 g Eucalyptusessenz). Die Gelatine soll nicht zu oft erhitzt werden (Verflüssigung in warmem Wasser); sie wird nach einem Seifenbad mit einem breiten, biegsamen Pinsel aufgestrichen (2—3mal) und vor der vollkommenen Austrocknung mit hydrophiler Watte »gepeitscht«. Der sehr biegsame und feste Überzug kann 8—10 Tage liegen und wird in einem lauen Bad entfernt. Die meist als Annehmlichkeit empfundene Abkühlung wirkt nur selten störend; andere Unzuträglichkeiten hat T. nicht gesehen; doch mahnt er zu Vorsicht bei kleinen Kindern. Die Gelatineapplikation ist besonders indicirt bei Prurigo Hebrae, welche zwar durch sie nicht geheilt, aber wesentlich gebessert wird; bei pruriginösen Affektionen (Neurodermien) — wenn man nur nässende Stellen nicht so behandelt —, auch bei hepatogenem und renalem Jucken und für kurze Zeit selbst beim senilen Pruritus. **Jadassohn** (Bern).

---

17) **M. G. Tschernjachowsky.** Thiolum liquidum und Thiolum siccu[illegible] in der Therapie der Verbrennungen.

([illegible]sch 1898. No. 49. [Russisch.])

[illegible]tet di[illegible]erksamkeit auf die günstigen Resultate der Beh[illegible]g von [illegible]n mit Thiol, das zu diesem Zweck b[illegible] 90 vo[illegible] med. Wochenschrift No. 20 u. 21) [illegible]n wu[illegible] verbrannten Stellen mit dem [illegible] Thi[illegible]h keinen weiteren Verband an.

Wenn die Thiolkruste Risse bekommt, wird eine neue Schicht darüber gepinselt. Zur Illustration werden 10 Fälle kurz aufgezählt.

Glückel (B. Karabulak, Saratow).

---

18) **W. Becker.** Über inguinale Blasenbrüche.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

Durch B.'s Arbeit wird von Neuem bestätigt, dass sogenannte Blasenbrüche eine keineswegs seltene Komplikation inguinaler Hernien darstellen; unter 30 in $1^1/_2$ Jahren in der v. Bruns'schen Klinik operirten Leistenbrüchen wurden nicht weniger als 8mal Cystocelen gefunden. Durchweg handelte es sich um erworbene, und zwar sehr umfangreiche Hernien. Aus letzterem Umstand schließt Verf., dass im Gegensatz zu Lotheissen's Annahme die Größe des begleitenden Bruches nicht ohne wesentliche Bedeutung für das Zustandekommen einer Cystocele ist, zumal hier ja das wichtigste Kausalmoment — der Zug des sich vergrößernden Bruchsacks — am wirksamsten zur Geltung komme. 4 der Cystocelen konnten nach Brunner als primäre mit extraperitonealer Lage und lokaler Adhärenz mit dem Bruchsack, 4 als sekundäre mit paraperitonealer Lage und fester Verwachsung mit dem Bruchsack aufgefasst werden. Von besonderem Interesse war Fall 1, in so fern, als sich neben der Blase auch noch der Harnleiter im Bruch fand, ferner Fall 5 und 8, in welchem Blasendivertikel vorgefallen waren. Durchweg wurden zwischen Bauchfell und Blase bald lipomatöse, bald mehr diffuse Fettanhäufungen beobachtet, wie sie überall da entstehen, wo an die Verschiebbarkeit des Bauchfells größere Anforderungen gestellt werden. Dieselben sind von hervorragender diagnostischer Wichtigkeit, da bei dem meist geringen Umfang des vorgefallenen Blasenstücks durch die Fettschicht an der Innenseite des Bruchsacks zuerst der Verdacht auf eine Cystocele erweckt wird, da ferner auch je nach ihrer Lage zu den epigastrischen Gefäßen bestimmt werden kann, welche Art von Blasenhernie vorliegt. Die Behandlung hat sich auf einfache Reposition der Cystocele, event. sammt dem adhäsiven Theil des Bruchsacks zu beschränken.

Honsell (Tübingen).

---

19) **D. Lowson.** An operation for elevation of the female bladder in prolapse or cystocele.

(Brit. med. journ. 1898. Juli 23.)

Die bisherigen Methoden zur Beseitigung des Vorfalls der vorderen Scheidenwand und der damit verbundenen Cystocelen erscheinen dem Verf. in manchen Fällen ungenügend. Er hat versucht, durch Hebung der Blase von einem hypogastrischen Schnitt aus unter Anziehen und Fixiren der von den Seiten nach der Mitte hin mit Fascie und Muskeln vernähten hypogastrischen Stränge die Cystocele zu beseitigen. Da die Operationsresultate auch so nicht

befriedigten, hat er schließlich durch quere Incision des Bauchfells in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse und durch 2 von den Enden des Querschnitts schräg seitlich abwärts verlaufende Schnitte einen Peritoneallappen gebildet, an dem er, durch Anziehen nach Lösung der Blase vorn und seitlich, die Blase stark in die Höhe heben und in beliebiger Höhe durch Vernähung des Lappens mit Fascie und Muskeln fixiren konnte.

Verf. hat 25 Fälle auf diese Weise operirt, 19 mit günstigem Erfolg; in 3 Fällen bestehen die Klagen über Drängen nach unten etc. weiter, obwohl eine Cystocele vaginalis nicht mehr vorhanden ist; 1mal wurden auch Beschwerden bei der Urinentleerung geklagt. Todesfälle sind nicht vorgekommen. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

20) **S. Grosglik.** Zur lokalen Blasentherapie nach Lithotripsie.

(Medycyna 1898. No. 39. [Polnisch.])

Verf. gelangt auf Grund seiner reichlichen Erfahrung zu folgenden Schlüssen:

1) In allen jenen Fällen, in welchen die Steinkrankheit weder durch eine Cystitis, noch durch Harnverhaltung komplicirt ist, ist jede lokale Blasentherapie nach Lithotripsie überflüssig. Sobald aber die erwähnten Komplikationen nach der Operation event. eingetreten sind, muss lokal behandelt werden.

2) In mit leichtem Blasenkatarrh komplicirten Fällen muss vor der Operation die Blase mit schwachen Lapislösungen ausgespült, und die Operation bis zum kompleten Schwinden der entzündlichen Symptome verschoben werden. Eine lokale postoperative Therapie pflegt hier ebenfalls überflüssig zu sein.

3) Ist der Katarrh so hartnäckig, dass er der Therapie trotzt, oder ist Harnverhaltung vorhanden, so muss auch nach der Operation die lokale Lapisbehandlung energisch fortgeführt werden.

4) Katheterismus der Harnröhre nach Litholapaxie ist angezeigt bei heftiger Blutung aus der Blase und Harnröhre, so wie bei fieberhafter Cystitis. **Trzebicky** (Krakau).

---

21) **T. Rovsing.** Über unilaterale Hämaturien zweifelhaften Ursprungs und ihre Heilung durch Nephrotomie.

(Centralblatt f. d. Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XI. Hft. 11 u. 12.)

Veranlasst durch die Bemerkungen Klemperer's über »Nierenblutungen von gesunden Nieren«, welche angeblich ohne operativen Eingriff diagnosticirt und geheilt werden sollen, und bei denen eine Operation direkt als nicht zulässig bezeichnet wurde, hat R. die in der Litteratur niedergelegten Fälle von Hämaturie »nervösen Ursprungs«, so wie 4 selbst beobachtete Fälle einer kritischen Betrachtung unterzogen. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

Eine große Anzahl der bisher als Blutungen nervösen Ursprungs mitgetheilten Fälle können vor einer genaueren Kritik nicht be-

stehen, da in einigen pathologische Zustände (Wanderniere, Auftreibung des Beckens, Urininfektion) vorhanden waren, welche die Blutungen erklären können, in anderen aber die Untersuchung zu ungenügend war, um andere Leiden, besonders auch der Blase, auszuschließen.

R.'s eigene Beobachtungen sprechen dafür, dass Dislokationen der Niere mit Drehung des Stiels oder Knickung an den Harnleitern bei der »Hämaturie aus gesunden Nieren« eine Rolle gespielt haben. Auch Schnüren und Korsettdruck hat in einem Falle R.'s die direkte Ursache einer sehr bedeutenden Nierenblutung abgegeben.

Auch nach sorgfältigster Sonderung blieben aber unaufgeklärte Fälle übrig. Da ernste Leiden nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden können, sollte in diesen Fällen von unilateraler unerklärlicher Hämaturie stets ein explorativer Lendenschnitt gemacht werden, und zwar um so mehr, als ein solcher erfahrungsgemäß heilend auf die Hämaturie einwirkt. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

22) **L. Manasse.** Echinokokken in den Harnwegen.

(Centralblatt f. d. Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. IX. Hft. 11 u. 12.)

An der Hand eines von Posner schon veröffentlichten Falles von Echinococcus der Niere mit Durchbruch ins Nierenbecken und Entleerung von Hydatidencysten durch die Harnröhre bei einem 52jährigen Pat., bespricht M. nochmals die Pathologie der Echinokokken der Harnwege. Der Fall Posner's, in dem von Lindner durch einen Lendenschnitt die vereiterte Cyste freigelegt und Heilung erzielt wurde, zeichnet sich dadurch aus, dass es durch die Cystoskopie möglich war, mit Sicherheit die aufs 4fache erweiterte und langezogene rechte Harnleitermündung als Durchtrittspforte für Hydatiden in die Harnblase festzustellen. Außerdem ist in dem betreffenden Falle durch Röntgenphotographie gezeigt worden, dass Echinokokkencysten für Röntgenstrahlen nicht durchgängig sind, dass also durch ein Skiagramm über Größe und Ausdehnung der Echinococcuscyste werthvolle Anhaltspunkte beigebracht werden können, wenn dasselbe auch bei der Entscheidung über den Ausgangspunkt der Cyste von einem bestimmten Organ im Stich lässt.

M. hat dann 51 Fälle von Nierenechinokokken mit Durchbruch ins Nierenbecken zusammengestellt. Die Thatsache, dass Echinokokken nicht gerade selten, und zwar solitär in der Niere vorkommen, verwerthet M. für die Annahme einer aktiven Wanderung der Echinokokkenembryonen. Bezüglich der Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie theilt er die Ansichten der übrigen Autoren. Ein Widerspruch könnte sich nur erheben bezüglich der Operation, die M. nur bei bestehender Pyelitis oder Vereiterung der Cyste, ganz besonders aber bei Fieber und Kachexie befürwortet. Im Nierenbecken und Harnleiter kommt eine Ansiedlung von Echinokokken nicht vor. Bezüglich der Harnblase sind die Verhältnisse noch nicht völlig geklärt. Fälle von primärem Echinococcus der Harnblase

konnte M. nur 2 auffinden, während das Vorkommen derselben in der Umgebung der Blase nicht so selten ist. Für die Diagnostik erhofft M. Fortschritte durch die Cystoskopie und Röntgenphotographie.

F. Kramm (Karlsruhe).

---

23) **G. Klein.** Die Geschwülste der Gartner'schen Gänge.

(Festschrift zum 25jährigen Jubiläum von Prof. Ponfick, Breslau, 15. Januar 1899.)

Neben dem gehäuft drüsigen Bau in ihrem distalen Ende (Homologon der Drüsen beim Vas deferens des Mannes) ist die Topographie der Gartner'schen postfötal persistirenden Wolff'schen Gänge von entscheidender Bedeutung für die Differenzirung der von ihnen ausgehenden Geschwülste gegenüber denen der Müller'schen Gänge. Das normal 1—2schichtige Epithel ist regressiven Veränderungen ausgesetzt. Nach K. verlaufen die Gartner'schen Gänge vom Parovarium im Lig. latum; in der Höhe des Orif. int. dringen sie in die Muscularis der Uteruswand ein, um am Ende der Portio auf die Scheide überzugehen und am freien Ende des Hymens zu endigen.

Diesem Verlauf der Gänge entsprechend, ergiebt sich eine Eintheilung der beobachteten Geschwülste (epithelialer und muskulärer Neubildungen) nach ihrer Lage:

1) Im Lig. latum (Cysten).
2) In der Uterussubstanz:
   a. Cysten, b. Cystomyome, Adenome und Cystadenome (Monographie von v. Recklinghausen);
   c. Adenome, d. Adenocarcinome und Carcinome. Fälle der letzteren Kategorie sind bisher nicht beobachtet. Auch der angeführte Fall von K. ist nicht eindeutig.
3) In der Scheide (Cysten, Adenomyome).
4) Im Hymen (Cysten).

Gross (Altona).

---

24) **E. Kaufmann.** Untersuchungen über das sogenannte Adenoma malignum, speciell dasjenige der Cervix uteri nebst Bemerkungen über Impfmetastasen in der Vagina.

(Festschrift zum 25jährigen Jubiläum von Prof. Ponfick, Breslau, 15. Januar 1899.)

Die Beobachtung eines bei der Sektion gefundenen Carcinoms mit auffallend drüsiger Struktur, das von dem zurückgebliebenen Cervicalstumpf eines 5 Jahre vorher supravaginal amputirten, myomatösen Uterus ausgegangen war, bot K. Gelegenheit, das Wesen des sogenannten Adenoma malignum der Gynäkologen an der Hand einer detaillirten Untersuchung des eigenen Präparats der Kritik zu unterziehen.

Der mikroskopische Befund, durch schöne, anschauliche Zeichnungen illustrirt, ergab identische Bilder der primären Geschwulst an der Cervix mit den ausgedehnten Metastasen der regionären Lymphdrüsen und der Scheide. Die Geschwulst musste als Cylinderzellencarcinom angesprochen werden mit vorherrschender Neigung

zur Bildung von Drüsenimitationen. Sie enthielt alle Übergänge von typischen — einschichtigen, meist cystisch dilatirten — Drüsenbildungen bis zum soliden medullären, theilweise colloiden Carcinom. Den Mutterboden der Geschwulst bildeten die Drüsen der Cervicalportion; die hoch adenomatösen, cystischen Wucherungen finden sich im ganzen Rest des Cavum cervicis.

Das Ergebnis seiner Untersuchungen berechtigt K. zu der Annahme, dass das hoch adenomatöse Cylinderzellencarcinom — das maligne Adenom der Gynäkologen — von den weniger hoch organisirten Formen des adenomatösen Cylinderzellenkrebses nicht zu trennen sei; beide gehören zusammen. Eben so wie die vorliegende Geschwulst dürften die in der Litteratur als maligne Adenome beschriebenen als Adenocarcinome aufzufassen sein. Das Adenoma malignum ist kein einheitlicher Begriff für eine selbständige Species von Geschwülsten; der Name wurde als Kollektivbezeichnung für sehr verschiedenartige Geschwulstbildungen (Adenome, Carcinome) mit Unrecht eingeführt und ist fallen zu lassen.

In dem Anhang wird die Frage der Impfmetastasen der Scheide ventilirt. In seinem Falle konnte K. das Fortschreiten der Geschwulst auf dem Lymphwege (retrograder Transport) deutlichst nachweisen.

Gross (Altona).

---

25) **Quénu.** De l'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins. Indications et manuel opératoire: 33 observations, 33 guérisons.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 346.)

Bei Beantwortung der Frage, ob sich für Exstirpation eines Uterusfibroms mehr der Weg durch die Scheide oder der Bauchschnitt eigne, will Q. außer der absoluten Größe der Geschwulst wesentlich die Reduktibilität der Masse und den besonderen Zustand, d. h. Weite und Dehnbarkeit der Scheide und Vulva berücksichtigt wissen. Im Allgemeinen ist er der Ansicht, dass, so wie die Geschwulst ein Gewicht von 12—1500 g übersteigt, die operativen Schwierigkeiten derart wachsen, dass man meist besser thut, den Bauchschnitt zu wählen, wenn es auch zuweilen gelingt, noch weit größere Geschwülste durch die Scheide zu entfernen. Als obere Grenzlinie für Scheidenschnitt betrachtet er eine gut 3 Querfinger breit unterhalb des Nabels verlaufende Linie. Bei Jungfrauen und Frauen mit starren Scheidenwänden verwirft er die vaginale Totalexstirpation vollständig.

Von präventiver Blutstillung durch Abklemmen oder Ligatur der Uteringefäße sieht Q. bei der Operation ganz ab; erst wenn der durch Medianschnitt in 2 Hälften gespaltene Uterus ganz herausgezogen ist, legt er Klemmen an. Bei großen Geschwülsten macht sich die Verkleinerung nothwendig. Q. verfährt so, dass er nach vollständiger medianer Halbirung der Cervix und Ablösung der Blase die vordere Uteruswand weiter aufwärts median spaltet, kleinere sich

darbietende Myomknoten enukleirt, größere zuerst einschneidet und dann stückweise entfernt, bis er schließlich den zwar gespaltenen, aber nicht zerstückelten ganzen Uteruskörper vor die Vulva herausgezogen hat. Gesunde Anhänge bleiben zurück, kranke werden aus den Verwachsungen gelöst und mit entfernt. Zu beiden Seiten des Uterus werden die Ligamente mit je 2 langen Klemmen breit gefasst, dann der Uterus abgetragen. Zwischen die Klemmen und zu beiden Seiten derselben wird Jodoformgaze eingelegt; die Klemmen werden am 3., die Tampons am 8. Tage entfernt. — Von seinen 33 Operirten genasen 32 ohne Komplikation; 1 Pat. bekam Ileus, der nach Bloßlegung einer gedehnten Darmschlinge in der rechten Fossa iliaca und Punktion auch in Genesung endete. **Reichel** (Chemnitz).

---

26) **Delagénière** (Le Mans). Hysterectomie vagino-abdominale.
(Progrès méd. 1898. No. 46.)

Verf. giebt eine kurze Schilderung der von ihm ausgearbeiteten Operationsmethode. Er bedient sich eines gleichzeitig in streng gesonderten Gefäßen bereit gestellten Instrumentariums. Von der hinteren Scheidenwand beginnend, umschneidet er das Collum, indem er eine breite Scheidenmanschette um dasselbe herum stehen lässt. Diese wird umgeschlagen und durch sie der Uterus mit Muzeuxzangen gefasst, herunterzogen, von Blase und Mastdarm isolirt ohne Eröffnung des Bauchfells. Dann werden die Artt. uterinae abgeklemmt und durchschnitten, hierauf die Scheide und die Cervixhöhle mit einer in 10%iger Chlorzinklösung getränkten Kompresse ausgewischt. Dann wird vom Bauch her die Gebärmutter total exstirpirt nach Unterbindung der Ligg. lata. Die Uterinaeklemmen ev. durch Fäden ersetzt. Der Douglas nach oben mit einem Metallrohr drainirt. D. bezeichnet Bardenheuer als seinen engeren Vorgänger.
Roesing (Hamburg).

---

27) **S. P. Fedorow.** Zur Technik der vollen Excision des fibromyomatösen Uterus. (Hysterectomia totalis abdominalis extracapsularis.)
(Med. Obosrenje 1899. Januar. [Russisch.])

F. modificirte die Methode von Richelot: Vom Bauchschnitt aus eröffnet er das hintere und vordere Scheidengewölbe, legt dann von der Scheide her durch diese Öffnungen je 2 Klemmpincetten beiderseits auf die breiten Bänder und entfernt dann den Uterus. Schluss der Bauchwunde; nach 2 Tagen Abnehmen der Pincetten. — F. führte die Operation 4mal aus.
Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

28) **C. Monod.** Sur le traitement des salpingites suppurées, par l'incision vaginale; observations et remarques.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 463.)

M. empfiehlt auf Grund reicher eigener Erfahrung zur Behandlung einseitiger eitriger Ovariosalpingitis die einfache vaginale Incision mit folgender Drainage. Es werden die eitrigen Adnexerkrankungen gewöhnlich von einer umschriebenen Peritonitis (Perisalpingitis) mit meist eitrigem, hier und da aber nur serösem Exsudat begleitet. Eröffnet man nur diese Ansammlung, so bleibt der Eingriff unvollständig. Man muss vielmehr durch die gemachte Incicisionsöffnung mit dem Finger nach der höher gelegenen 2. Eiteransammlung, dem geschlossenen Tubensack oder Ovarialabscess tasten und diesen dann gleichfalls mit dem Messer eröffnen und drainiren. Die auf diesem Weg von M. erzielten Resultate sind äußerst befriedigende. Bei doppelseitiger Erkrankung reicht der Scheidenschnitt in der Regel nicht aus, um so weniger, wenn die Affektion alt und der Uterus inmitten entzündlicher Massen immobilisirt ist. Für solche Fälle räth M. zur Totalexstirpation des Uterus und seiner Adnexe durch Bauch- oder Scheidenschnitt. — 4 Pat. mit Pyosalpinx und seröser Perisalpingitis heilten in weniger als 4 Wochen vollständig. Von 17 Pat. mit einseitiger Adnexerkrankung und eitriger Perisalpingitis starb 1 4 Wochen nach der Operation in Folge einer Perforation des Colon transversum, von der Operation unabhängig. Von den übrigen 16 genasen 10 ohne Zwischenfall; bei 2 kam es zur Bildung einer Kothfistel, die sich aber spontan schloss, bei 1 Pat. zu langdauernder Hydrorrhoea peritonealis, die erst nach Laparotomie heilte; bei einer 4. blieb eine Eiterfistel lang dauernd bestehen, schloss sich aber nach einigen Monaten auch spontan. Nur in 2 Fällen blieb die Heilung aus; sie waren nicht nach der oben aufgestellten Regel operirt, sondern es war nur der perisalpingitische Abscess geöffnet worden.

Reichel (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Knappschaftslazarett Königshütte i/Oberschles. [Prof. Dr. W. Wagner.])

Totale Luxation des Kopfes nach vorn.

Von

Assistenzarzt Dr. med. **Phil. Kissinger.**

In Lieferung 40 der deutschen Chirurgie: Die Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks von Prof. Dr. W. Wagner und Dr. P. Stolper ist die erste totale Luxation des Kopfes nach vorn beschrieben worden. Es handelte sich um einen 22 Jahre alten Bergmann, der auf einer zusammengebrochenen Kohlenwand todt aufgefunden wurde.

Die in dem Knappschaftslazarett zu Zabrze (Dr. Hartmann) vorgenommene Autopsie ergab unter Übergehung der übrigen Verletzungen, aus denen sichere Schlüsse auf den Entstehungsmechanismus doch nicht gezogen werden konnten, Folgendes:

Der Atlas und mit ihm die Wirbelsäule ist gegen das Hinterhauptbein verrenkt. Der Atlas ist im Ganzen nach hinten verschoben, so weit, dass man bequem mit einem Finger zwischen seinem vorderen Rand und dem vorderen Rand des großen Hinterhauptlochs hindurchkommt. Die Medulla oblongata ist vom Pons ziemlich scharfrandig abgequetscht. Der Atlashalter und der Zahn des Epistropheus sind unverletzt, das Ligam. suspens. des letzteren ist zerissen, eben so sämmtliche übrigen Bandverbindungen zwischen Atlas und Hinterhauptbein.

Einen ähnlichen Fall, konnte ich im hiesigen Knappschaftslazarett vor einiger Zeit seciren.

St. Woch, 21 Jahre, Pferdeknecht auf Schlesiengrube; todt eingebracht; Sektion am 4. Tage.

Kräftige männliche Leiche; unbedeutende Hautabschürfungen am Rücken und dem linken Unterkiefer; nirgends tiefergehende Wunden. Nicht komplicirter Querbruch des rechten Oberarms auf der Grenze des oberen und mittleren Drittels. Keine Blutspuren an Nase und Gehörgängen.

Die 2. und 3. rechte Rippe sind in ihrer Knorpel-Knochenverbindung glatt gelöst, die 4. und 5. etwas innerhalb der Mammillarlinie quer gebrochen.

Das Sternum, die übrigen Rippen und beide Schlüsselbeine sind intakt; die Pleura ist nicht verletzt.

Das Perikard ist über den Vorhöfen eingerissen, es können gut 3 Finger in den Riss gelegt werden. Auch beide Vorhöfe selbst sind eingerissen, die Ränder unregelmäßig zerfetzt. An der Rupturstelle und ihrer nächsten Umgebung etwa 30 ccm dunklen, geronnenen Blutes. Die Ventrikel sind unverletzt.

Das Herz ist so groß wie die geballte Faust; der Herzmuskel ist gesund.

An den Lungen außer vereinzelten etwas bluthaltigeren Stellen nichts Besonderes.

Trachea, Ösophagus, die großen Halsgefäße sind nicht zerrissen, erscheinen jedoch wie das ganze umliegende Gewebe stark gequetscht; keine Fraktur der Kehlkopfknorpel.

Bauchorgane gesund und unverletzt.

Zwischen Hals und Kopf findet sich eine auffallende Beweglichkeit. Im Nacken fühlt man bei Bewegungen des Kopfes deutlich einen Vorsprung. Von der Brusthöhle aus kann man mit einem Finger ganz gut am vorderen Rand der oberen Halswirbel resp. des Atlas zum Foramen magnum kommen; die Kondylen lassen sich vollständig abtasten. Die weitere Untersuchung zeigt, dass die Medulla oblongata total von dem Pons abgequetscht ist, und dass alle Bänder zwischen Occiput und Atlas resp. dem Zahn des Epistropheus vollständig zerrissen sind.

Nach Eröffnung des Schädels und Herausnahme des Gehirns werden die Weichtheile im Genick und entlang der Wirbelsäule abpräparirt, und wurde der vorhin angegebene Befund bestätigt. Die Wirbel selbst vom Atlas ab erweisen sich vollkommen intakt, Körper, Bogen, wie Dornfortsätze und Bandapparate. Die oberen 3 Halswirbel wurden herausgenommen, und wurde speciell an diesen nochmals das völlige Intaktsein ihres Skeletts, der Gelenkflächen und der Bänder festgestellt. Das Ligam. transversum ist erhalten, der Zahn befindet sich an richtiger Stelle, das Mark ist in keiner Weise von ihm komprimirt. Es findet sich ein ganz geringer Bluterguss zwischen Mark und Dura in der Höhe des Atlas und Epistropheus.

Auch die Schädelknochen, insbesondere die Tabula interna sind völlig unverletzt, nirgends auch nur eine Fissur nachzuweisen. Beim Abpräpariren der Kopfhaut fand sich über der Hinterhauptschuppe in der Umgebung des Protub. occipit. ext. ein kleiner etwa 3markstückgroßer Bluterguss. Das Gehirn ist nicht verletzt, doch finden sich besonders in der Rinde diffuse kapilläre Hämorrhagien in etwa Hirsekorngröße. Starke Füllung der Piavenen; im 3. Ventrikel eine geringe Menge blutig seröser Flüssigkeit; ein Esslöffel solcher in der hinteren Schädelgrube.

Durch die bergpolizeiliche Untersuchung wurde Folgendes über das Zustandekommen des Unfalls festgestellt:

»W. fuhr mit einem vollen Zug (7 Wagen) nicht wie vorgeschrieben gehemmt, sondern ungehemmt, schnell bergab. Aus Furcht das Pferd könnte an dem geschlossenen Wetterdamm verunglücken, wollte er dasselbe während der Fahrt abkuppeln und gerieth dabei mit dem Kopf zwischen einen Pfosten einer Dammthür und den ersten Wagen. Der Tod trat sofort ein.«

In dem Eingangs erwähnten Falle fehlt über den Mechanismus der Verletzung jeder Anhaltspunkt, da Zeugen des Unfalls nicht vorhanden waren, und sich aus den Verletzungen allein bestimmte Schlüsse nicht ziehen ließen. Es wird angenommen, dass eine schwere Gewalt auf den Hinterkopf eingewirkt, den Kopf aus dem Atlanto-Occipitalgelenk herausgehoben und nach vorn getrieben habe.

Eine Gewalteinwirkung von vorn her auf den Hals wird ausgeschlossen; denn dieselbe hätte eine so starke sein müssen, dass die Hals- und Brustorgane vollständig zerquetscht worden wären.

Ich glaube, in meinem Falle lässt sich der Mechanismus mit größter Wahrscheinlichkeit aus den Verletzungen und dem Untersuchungsprotokoll rekonstruiren:

W. ging, wie alle Fuhrleute, auf der linken Seite des Wagenzugs; sobald die Wagen ins Rollen kamen, und er die dem Pferd drohende Gefahr erkannte, wollte er dasselbe loskuppeln; er bückte sich zwischen Pferd und ersten Wagen; mit der rechten Hand hielt er sich an diesem fest, mit der linken versuchte er das Pferd loszubringen. Da die Wagen auf der abschüssigen Bahn immer schneller trieben, musste W. auch schneller laufen; dabei glitt er aus, gerieth mit dem ganzen Oberkörper weiter zwischen Pferd und Wagen und hing mit der rechten Hand am ersten Wagen, das Gesicht gegen diesen gekehrt; in demselben Augenblick schlug er auch schon mit dem Hinterkopf, hauptsächlich mit der Protub. occipit. ext., gegen den Pfosten der Wetterthür. Gleichzeitig wurde die Wirbelsäule durch die Wagen fixirt und nach hinten getrieben. Es wirkten also 2 Kräfte gleichzeitig ein und in einer Anordnung, wie sie experimentell kaum besser dargestellt werden könnte.

Zu gleicher Zeit entstanden dann auch die übrigen Verletzungen, insbesondere die Kompression des Thorax. Wären sie erst entstanden, nachdem W. am Boden lag, so wären sicherlich größere Zerreißungen der Haut etc. durch die Räder eingetreten; aus demselben Grund ist auch nicht anzunehmen, dass W. sofort nach dem Ausgleiten zu Boden fiel, abgesehen davon, dass er in diesem Falle höchstwahrscheinlich mehr oder weniger in Bauch- oder Rückenlage gekommen wäre — ein Umstand, der die Zerreißung des Atlanto-occipital-Gelenks in der beschriebenen Weise nicht begünstigt hätte.

In meinem Falle, wie in dem schon Eingangs mitgetheilten, fehlte jede Verletzung des Kopfskeletts, obwohl eine ganz enorme Gewalteinwirkung auf dasselbe stattgefunden haben muss. Es handelte sich in beiden Fällen um jugendliche Individuen (22 Jahre und 21 Jahre), und man darf das Fehlen dieser Knochenverletzungen wohl als einen neuen Beweis für die große Elasticität des jugendlichen Schädelgehäuses auffassen.

Fremdkörper in der Blase von Männern.

Von

Dr. J. P. zum Busch,

Chirurgischer Oberarzt am German Hospital in London.

In der Berliner medicinischen Gesellschaft stellten am 7. Januar Buscke und Posner 2 Pat. vor, die sich zu masturbatorischen Zwecken Fremdkörper in den Penis eingeführt hatten, welche, in die Blase entschlüpft, durch den hohen Blasenschnitt resp. mit dem Lithotripter aus derselben entfernt werden mussten. Die große Seltenheit dieses Ereignisses bei Männern veranlasst mich, 2 Fälle mitzutheilen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte.

Fall I. Ein 45jähriger Vollmatrose kam wegen heftiger Urinbeschwerden in das Deutsche Hospital. Auf Befragen gab er an, vor etwa 2 Wochen auf hoher

See einen Bleistift in den Penis gesteckt zu haben, »damit das Wasser besser komme«. Der Bleistift sei seinen Händen entglitten, und alle Versuche, ihn wieder herauszubefördern, seien vergeblich gewesen. Seit dieser Zeit will er heftige Schmerzen haben, auch sei der Urin theilweise blutig und sehr übelriechend gewesen. Der sofort gelassene Urin hatte einen deutlich fäkulenten Geruch und war mit Fetzen und Bröckeln vermischt, in denen mikroskopisch Speisereste erkannt wurden.

Pat. machte einen recht kranken Eindruck und hatte bedeutend erhöhte Temperatur; er giebt übrigens an, noch bis vor 2 Tagen gearbeitet zu haben.

Untersuchung mit der Steinsonde stellte einen Fremdkörper in der Blase fest. Eine cystoskopische Untersuchung war aus äußeren Gründen unmöglich, und so wurde beschlossen, den Fremdkörper auf blutigem Weg sofort zu entfernen.

Rectaluntersuchung ergab (auch in Narkose) keinen Aufschluss über den Sitz der Fistel, und will ich schon an dieser Stelle bemerken, dass auch die Operation keinen Aufschluss über die Lage der Fistel gab.

Zur Operation wählte ich den Weg vom Damm aus, da er mir ungefährlicher erschien, und mir vor Allem die weit offen gelassene Dammwunde bei der schweren Blasenerkrankung eine gute Drainage zu sichern schien.

Es wurde demnach die Sectio mediana in gewohnter Weise ausgeführt, und gelang es dem eingeführten Finger leicht, das stumpfe, mit einem Elfenbeinknopf versehene Ende des Bleistifts in eine Zange zu schieben und den mit der Spitze fest in der Blasenwand steckenden Fremdkörper durch die Dammwunde zu extrahiren. Es handelte sich um einen stark inkrustirten, $16^1/_2$ cm langen', scharf zugespitzten Bleistift mit Elfenbeinknopf. Die Blase wurde sehr vorsichtig ausgespült, wobei keine Flüssigkeit aus dem Mastdarm ablief, und ein Drain vom Damm aus in die Blase geführt. Da der Drain heftige Schmerzen machte, wurde er nach wenigen Stunden entfernt. Was den weiteren Verlauf der Operation anlangt, so urinirte Pat. schon ziemlich bald wieder spontan; noch 7 Tage lang wurde der Abgang von Koththeilchen beobachtet, dann verschwanden sie und mit ihnen unter fortgesetzten Blasenspülungen auch der Blasenkatarrh.

Genau 4 Wochen nach der Operation wurde der Kranke mit geschlossener Fistel und einer kleinen, granulirenden Wundfläche entlassen, nachdem er zuvor gelernt hatte, sich selbst zu bougiren.

Hinzuzufügen ist noch, dass der Kranke ein sehr eigenthümlicher Mann von scheuem, unsicherem Wesen war. Bei der Operation fand sich genau in der Mittellinie des Dammes eine in die Tiefe reichende Narbe. Nach vielem Leugnen gab der Kranke zu, dass er schon früher einmal operirt worden sei, und dass ihm damals vom Damm aus eine Haarnadel aus der Blase entfernt worden sei. Es wurde ferner eine zweite, mehrere Centimeter lange Narbe gefunden, die sich genau an der Stelle fand, wo man einschneidet, um den hohen Blasenschnitt zu machen; von der Existenz dieser Narbe wollte der Kranke zuerst nichts wissen, später gab er an, dass sie von einem Messerstich herrühre; ich möchte jedoch annehmen, dass es sich auch hier um einen Blasenschnitt gehandelt hat, da Sitz und Ausdehnung der Narbe durchaus einem solchen entsprachen.

Fall II. Nachts um 12 Uhr wurde ich zu einem 16jährigen Jungen gerufen, der sich, seiner Angabe nach am Nachmittag desselben Tages einen Grashalm in den Penis eingeführt hatte, denselben aber nicht wieder herausbefördern konnte. Der Knabe machte den Eindruck eines geistig etwas Zurückgebliebenen, und war nicht viel aus ihm herauszubringen, als dass er ein Brennen in der Blase verspüre, so wie Schmerzen beim Wasserlassen. Der gelassene Urin war klar und ohne abnorme Bestandtheile. Da eine cystoskopische Untersuchung auch in diesem Falle nicht möglich war, andererseits der Kranke ganz bestimmt angab, den Fremdkörper in die Blase befördert zu haben, so wurde nach einigen vergeblichen Versuchen, den Grashalm auf natürlichem Weg zu extrahiren, der mittlere Blasenschnitt vom Damm aus gemacht, der mir in Fall I so gute Resultate ergeben hatte.

Es gelang sehr leicht, den Finger in die Blase zu bringen und den Grashalm, der hoch oben am Blasenscheitel lag, anscheinend unzerbrochen herauszuholen. Der Halm war 23 cm lang und zeigte nur noch den der äußersten Spitze aufsitzenden Samenträger, während die Seitenzweige sämmtlich abgepflückt worden waren. (Das hatte der Knabe schon vor der Operation angegeben.)

Die Blase wurde nicht ausgespült und kein Katheter oder Drain eingeführt, während die Wunde weit offen blieb und mit einem häufig zu wechselnden Jodoformgaze-Watteverband bedeckt wurde. Es traten keinerlei Komplikationen ein, und heilte die Wunde äußerst schnell zu. Nach der 1. Woche wurde regelmäßig bougirt, und konnte Pat. nach 3wöchentlicher Behandlung geheilt entlassen werden.

Ich habe diesen kasuistischen Mittheilungen nichts weiter hinzuzufügen, als dass beide Pat. geistig tiefstehende Individuen waren, die sich die Fremdkörper zweifellos zum Zweck der Masturbation eingeführt hatten. Der perineale Weg, den ich niemals bei Steinoperationen angewendet habe, bewährte sich mir in diesen beiden Fällen sehr gut.

London, Februar 1899.

---

29) Congrès français de chirurgie. Douzième session, tenue à Paris du 17. au 22. Octobre 1898.

(Revue de chir. 1898. No. 11. [Supplement.])

Auf dem letzten französischen Chirurgenkongress standen zunächst 2 Themata, über die Nephrotomie und die chirurgische Behandlung des Kropfes (exkl. Krebs und Basedow'schen Kropf) zur Diskussion, an der sich zahlreiche Chirurgen betheiligten. Wenn auch nicht so groß, wie auf früheren Kongressen, war auch die Reihe der weiteren Vorträge und Demonstrationen eine beträchtliche. Wir werden nur die wichtigeren hervorheben.

1) De la Néphrotomie.

Hierüber berichteten Guyon und Albarran (Paris); indem sie zunächst zwischen der einfachen Spaltung der Niere — Nephrotomie — und der Eröffnung des Nierenbeckens durch die Niere hindurch mit Anlegung einer Nierenfistel — Nephrostomie — unterschieden. Die erstere dient zur Untersuchung der Niere und des Nierenbeckens, da die Akupunktur und Radiographie hierzu nicht ausreichen, ferner zur Entfernung von Steinen, zu welchem Zweck sie vor der Pyelotomie, die leicht Fisteln hinterlässt, manche Vorzüge hat, und schließlich als präliminare Operation bei gewissen Eingriffen am Nierenbecken und Harnleiter. Die Schnittführung ist die bekannte. Die Nephrostomie, bei welcher der schräge Lendenschnitt bevorzugt wird, kommt in Betracht bei Anuria calculosa, bei welcher sie der Ureterostomie, Pyelotomie und Nephrotomie überlegen ist, ferner bei Hydronephrose und Pyonephrosis simplex und tuberculosa, in letzterem Falle jedoch nur dann, wenn man über den gesunden Zustand der anderen Niere nicht völlige Klarheit erhalten konnte. Hat die tuberkulös erkrankte Niere keinen funktionellen Werth mehr, so wird sie, falls die andere gesund ist, besser ganz entfernt, sofern nicht diese Operation durch weit ausgedehnte Verwachsungen mit großen Gefäßen etc. einen allzu schweren Eingriff darstellen würde.

Le Dentu (Paris) lenkte die Aufmerksamkeit auf gewisse Nephritiden, die wegen kolikartiger Schmerzen den Verdacht auf Steinleiden hervorrufen; in einem solchen Falle fand D. bei der Spaltung der Niere keinen Stein, sondern eine Nephritis, und wurde Pat. durch den Eingriff von seinen Beschwerden dauernd befreit.

Tédenat (Montpellier) berichtete über 10 Operationen wegen Nierensteinen, Léonte (Bukarest) über 2 Nephroto- und 5 Nephrostomien, sprach sich indess mehr zu Gunsten der Nephrektomie, die er 20mal (3 †) ausgeführt, aus. Auch Reynier (Paris) befürwortete mehr die Nephrektomie, da er nach der Nephrotomie unter 12 Fällen nur in 1 (Steinniere) vollständige Heilung, in anderen Fisteln und 5 Todesfälle beobachtet hat; 3mal wurde schließlich noch die Nierenexstirpation nothwendig. Bazy (Paris) besprach die Technik der lumbären Nephrotomie; er

hat im Allgemeinen gute Resultate mit der über 50mal ausgeführten Operation gehabt, welche auch Tuffier (Paris) auf Grund von 57 Fällen (3mal mittels Bauchschnitt) günstig beurtheilte; er empfahl, dabei auch die latenten Abscesschen in den Scheidewänden (»Cloisons«) der Niere zu beachten, da sie den Erfolg der Nephrotomie sonst leicht beeinträchtigen. Auch für gewisse mit Schmerzen einhergehende Nephritiden empfahl er die Operation, die er hauptsächlich bei Lithiasis, Hydro- und Pyonephrosen indicirt bezeichnete; freilich blieben nach derselben wegen letzterer Affektion oft Fisteln zurück. Einmal sah er aus dem Nierenschnitt (wegen Stein) ein Myxom hervorwachsen. Doyen (Paris) betont, wie vorher Bazy, die Gefahren des retrograden Harnleiterkatheterismus, durch den ein gesunder Harnleiter leicht inficirt werde, und empfahl zur Feststellung des Zustandes der beiden Nieren die wechselnde Kompression der Harnleiter durch die Bauchwand hindurch, wodurch man den Urin aus jeder Niere einzeln auffangen könne. Pousson (Bordeaux) hat unter 15 Nephrotomien nur 2mal tödlichen Ausgang (Operation im urämischen Stadium) gesehen. Fisteln hinterblieben hauptsächlich nach Operation inficirter Nieren (Pyelonephritis etc.), so dass die sekundäre Nephrektomie nothwendig wurde. Michaux (Paris) erkannte zwar die momentanen Erfolge der Nephrotomie an, die auch bei geringgradigen Veränderungen des Organs anhielten, wies aber auf die oft unbefriedigten Spätresultate der Operation hin, die sich aus den nicht selten beträchtlichen Degenerationen der Niere erklärten. Legueu (Paris) erwähnte eines Falles von tödlicher Nierenblutung, 8 Tage nach der Nephrotomie, nach welcher die Naht der Niere unmöglich gewesen. Albarran (Paris) besprach besonders die consecutiven Fisteln, von denen die nur Urin entleerenden meist nach der Nephrotomie wegen Hydro- und Pyonephrose zurückbleiben, während die allein Eiter absondernden vor Allem die Folge von Perinephritis sind. Für ihre Behandlung empfahl er die Sonde urétérale à demeure, bei durchgängigem Harnleiter die Anfrischung und Naht der Nierenöffnung, eventuell die Ureterotomie, Uretero-Pyélonéostomie oder Nephrektomie. Phocas (Lille) hat nach 4 Nephrotomien Fisteln beobachtet. P. Delbet (Paris) führte einen Fall von sehr günstigem Erfolg der Nephrotomie an, in dem er bei einem 60jährigen Mann 5 Liter Eiter, mit dem Löffel 300 ccm käsige tuberkulöse Massen entfernte und nach mehrmaliger Wiederholung der Ausschabung Heilung bis auf eine kleine Fistel eintreten sah. Loumeau (Bordeaux) hat 24mal die Nephrotomie ausgeführt und 4 Todesfälle erlebt; 5mal erfolgte primäre Heilung, 4mal blieben Fisteln zurück, die übrigen heilten — einige nach sekundärer Nephrektomie — nach längerer Zeit. Jonnesco (Bukarest) sprach sich zu Gunsten der Nephrotomie aus, bezeichnete aber für die Fälle von Pyelonephrosis calculosa und tuberculosa die Nephrektomie als Operation der Wahl.

2) Traitement chirurgical du goitre, cancer et goitre exophthalmique exceptés.

Der Berichterstatter Reverdin (Genf) theilte die operativen Indikationen in solche 1) wegen Gefahr drohender Erstickung und septischer Entzündung, 2) wegen funktioneller Beschwerden und zunehmenden Wachsthums des Kropfes und 3) aus kosmetischen Gründen (»d'urgence, de nécessité et de complaisance«), während er als Gegenanzeigen schlechten allgemeinen Zustand des Kranken und die Unmöglichkeit aseptischen Operirens hinstellte. Bezüglich der Narkose bei Kropfoperationen sprach sich R. dahin aus, dass bei einfachen Fällen, d. h. da wo die Athmung nicht behindert ist, die Betäubung keine besonderen Gefahren habe, und die mit Äther den Vorzug verdiene, dagegen bei schweren besser ganz unterbleibe, oder nur lokale Anästhesie angewandt werde. Als Schnittführung empfahl R. die schräge oder bogenförmige nach Kocher, für die Unterbindung der Thyreoidea infer. die Stelle am inneren Rand des Scalenus, wo sie, vom Recurrens am weitesten entfernt unter der sehnigen Partie des Omohyoideus 1 cm unterhalb des Tuberculum caroticum zu finden ist. Indem R. die verschiedenen Arten chirurgischer Eingriffe bei Kropf schilderte, hob er aus einer von ihm aufgestellten Statistik von 6103 Kropfoperationen mit 2,88% Mortalität hervor, dass die jetzt

verlassene Totalexstirpation 18,97%, die partielle 3,46%, die intraglanduläre Ausschälung 0,78%, die Resektion 6,66% Sterblichkeit darböte. Im Weiteren besprach er die Gefahren der einzelnen Methoden in Bezug auf primäre und Nachblutung, Rekurrensverletzung, septische Infektion etc., so wie ihre kosmetischen und funktionellen Resultate, die Recidive, um schließlich das Enukleationsverfahren als Operation der Wahl hinzustellen, die partielle Exstirpation, Resektion und die kombinirten Methoden für die Fälle, wo ersteres nicht anwendbar, indicirt zu erklären und die übrigen Eingriffe der Exothyropexie, Enucléation massive und des Evidement als nur ganz ausnahmsweise zulässig, die arterielle Unterbindung höchstens bei Gefäßkropf erfolgreich zu bezeichnen. Bei entzündeten Kröpfen kommen die Exstirpation oder Incision in Betracht; bei Anomalien der Lage des Kropfes etc. erscheint die Enukleation ebenfalls bevorzugenswerth. Wo möglich, ist stets ohne Tracheotomie zu operiren, die die Gefahr septischer Infektion erheblich steigert.

In der Diskussion hob Socin (Basel) hervor, dass eine große Zahl von Lungenkomplikationen nach Kropfoperationen durch die Narkose verschuldet werde; den Äther vermeide er desshalb vollständig und verwende besonders bei der Enukleationsmethode die Infiltrationsanästhesie, die ihm in 91 Kropfoperationen ausgezeichnete Resultate ergeben habe. Zur Enucléation massive oder Enukleation mit Resektion habe er bei Vorhandensein zahlreicher dicht an einander gelegener Kropfknoten seine Zuflucht genommen. Im Übrigen stellten seine letzten 200 Operationen 117 Enukleationen, 60 Exstirpationen und 23 kombinirte Interventionen dar und waren in 160 Fällen von Heilung in 5—8 Tagen gefolgt; in 36 veranlassten Ligaturen kleine Abscesschen, 1 alter Pat. starb an Pneumonie. In $1/3$ der Fälle wurden Drains nicht, in den übrigen nur für die ersten 2 Tage eingelegt.

Roux (Lausanne) berichtet über seine Erfahrungen von 526 Fällen mit 1,27% Mortalität der letzten 225 Kropfoperationen, von denen die Mehrzahl nach Kocher 92 nach der Enukleationsmethode, z. Th. mit Ligatur der Arteria thyreoidea, ausgeführt worden sind. Er empfahl besonders die Fälle plötzlich rasch wachsenden Kropfes wegen der Möglichkeit beginnender carcinöser Entwicklung zur Exstirpation und rühmte die dabei erhaltenen Resultate. R. verzichtet auf allgemeine und lokale Anästhesie und bevorzugt den Kravattenschnitt. Er unterbindet zunächst die Thyreoidea sup. und präparirt den Kropf in der Umgebung der Luftröhre (Ligatur der Art. communicans), um jeder Zeit diese für eine eventuell nothwendig werdende Tracheotomie frei zu haben; erst dann luxirt er den Kropf, was er bei der Enukleation indess für überflüssig hält. Bei beträchtlichen Blutungen nach dieser kann die Vernähung der Höhle ausgeführt werden, bei alarmirender zieht R. die Struma nach Innen und unterbindet die Thyreoidea infer., was er auch für alle Enukleoresektionen empfiehlt. Bei Strumitis incidirt er meistens, zuweilen macht er die Enukleation.

Poncet (Lyon) führt die Enucleation massive nur unter den von Socin hervorgehobenen Bedingungen aus. Girard (Bern), der unter seinen 545 Operationen 6 Todesfälle (Pneumonie, Mediastinitis, 3mal Synkope) verzeichnet, operirt nicht aus kosmetischen Gründen, sondern wegen der Gefahren des Kropfes. 6mal musste er während der Schwangerschaft, darunter 2mal im letzten Monat derselben, die Strumektomie machen (sämmtlich geheilt). Zur Narkose benutzt er Äther. Auch Schwartz (Paris), Tédenat (Montpellier) berichteten über ihre — nicht zahlreichen — Operationsfälle, ferner J. Boeckel (Straßburg) über 74 Thyreoïdektomien (4% Mortalität). Doyen (Paris) hat oft bei seinen Operationen die Tubage des Kehlkopfs angewandt; er rühmte das von ihm benutzte Verfahren rapiden Vorgehens mittels Querschnitt, Freilegung des Kropfes, Eindringen hinter das Brustbein, Luxation, Stielung und Abklemmung, wodurch er die Thyroidektomie in 5—6 Minuten ausführen konnte. Fontan (Toulouse) konnte in einem Falle von enormem Kropf die Eröffnung der verlagerten Speiseröhre nicht vermeiden, musste schließlich, da die Naht derselben erfolglos blieb, zur Gastrostomie schreiten. Pat. starb nach 3 Monaten an Pneumonie. Bérard (Lyon) hat nach seinen partiellen Strumektomien häufig Fieber bis 40° (»Fièvre thyreoidienne«) beobachtet.

Bousquet (Clermont-Ferrand): Deux cas d'anévrysme diffus primitif consécutif à la lésion des gros vaisseaux.

Im 1. Falle handelte es sich um eine Zerreißung der Art. axillaris beim Repositionsversuch einer Schulterverrenkung seitens eines Quacksalbers. Heilung nach doppelter Unterbindung 3 Wochen nach der Einrenkung. Gleichen Erfolg hatte die doppelte Unterbindung der Femoralis wegen Aneurysma nach Schnittverletzung des Gefäßes und Naht der Wunde.

Schwartz (Paris): Traitement chirurgical des varices des membres inférieurs.

S. hat unter 300 nur in ca. 100 Fällen operirt und seit 2—8 Jahren andauernde gute Resultate erhalten; nur bei 3 Pat. traten Komplikationen, 1mal mit tödlichem Ausgang, auf (1mal Lungenembolie, bei einem Epileptiker Häufung der Anfälle). S. besprach die Indikationen der verschiedenen Methoden der Operation; mehrfach hat er die Ligatures étagées mit Resektion großer Hautpartien sammt den unter ihnen gelegenen Varicen ausgeführt. Besonders bei den mit Cyanose des Beins einhergehenden Varicen hält er die Operation für nicht empfehlenswerth.

M. Rémy (Paris): Étiologie clinique, anatomie pathologique au point de vue du traitement des varices.

R. nimmt für die Ätiologie der Varicen kongenitale (Entwicklungshemmung der Klappen und Muskeln), accidentelle (Überanstrengung, Trauma, Infektionen) und vasomotorische Störungen an und unterscheidet 3 klinische Formen: 1) Varicen der großen Venen an umschriebenen Stellen, für operative Behandlung besonders geeignet. 2) Allgemeine Varicenbildung der kleinen Venen. Recidive nach Operation. 3) Varicen à reflex cardiaque. Bei der Operation müssen Klappen gebildet werden. Resultate zunächst gut.

Reboul (Nimes): Sur les lésions des nerfs dans les fractures des membres.

Mittheilung dreier Fälle von Nervenschädigung in Folge von Oberarmbrüchen; günstiger Erfolg der in Befreiung der Nerven aus dem drückenden Callus etc. bestehenden Operationen, selbst noch 1 Jahr p. tr.

Poncet (Lyon): De l'endothéliome des os.

Bericht über 1 Fall von Angiosarkom des Knochens (Endotheliom) mit Hinweis auf die günstige Prognose dieser Art von Geschwülsten.

Louis Dor (Lyon): Relations des myélomes avec les xanthomes.

D. wies auf das Vorkommen von Mischgeschwülsten aus xanthomatösem und myelomatösem Gewebe (Myélo-xanthome), besonders an Sehnenscheiden, hin und ist der Ansicht, dass sie den Übergang zu den reinen Xanthomen, bezw. Myelomen darstellen, in deren ersteren Cellules à myéloplaxes vorkommen, während in den Myelomen wahrscheinlich auch xanthomatöse Zellen zu finden seien. Er vermuthet entzündlichen Ursprung dieser Geschwülste.

Terrier (Paris): Résultats des ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables.

T.'s fortgesetzte Versuche mit Unterbindung aller Gefäßstämme bei inoperablen Geschwülsten haben ihm die Zwecklosigkeit jener Therapie ergeben, da er niemals einen Wachsthumsstillstand beobachten konnte. Bei Uteruscarcinomen hörten allerdings die Blutungen und jauchigen Ausflüsse, erstere auch bei Uterusfibroiden, auf.

M. Thiéry (Paris): Traitement des brûlures par l'acide picrique.

T. hält die Pikrinsäurebehandlung von Brandwunden für ungefährlich und außerordentlich wirksam.

Larger (Maisons-Laffitte): Traitement des brûlures par le chlorate de potasse.

L. benutzt gesättigte kalte Lösungen von chlorsaurem Kali zu Bädern und Umschlägen bei Verbrennungen im 1. Stadium und rühmt ihre rasche schmerzstillende Wirkung. Er hat in den 28 Jahren seit Anwendung dieser Behandlung niemals irgend welche Nachtheile, dafür stets Gutes davon gesehen.

Lucas-Championnière (Paris): Mobilisation précoce après toutes les opérations destinées à restituer le mouvement normal des articulations ou à créer des articulations nouvelles.

L.-C. hält die Immobilisation verletzter und selbst resecirter (Schulter-, Ellbogen- etc.) Gelenke zur Vermeidung von Schmerz, Entzündung oder Deformität in der Mehrzahl der Fälle für unnöthig oder schädlich und beginnt schon vom ersten Verband ab, sie vorsichtig zu mobilisiren.

Jonnesco (Bukarest): De la craniectomie temporaire.

J. hat die temporäre Kraniektomie 16mal ausgeführt: 14 Hemikraniektomien, 2 partielle Kraniektomien (Fronto-parietalis), in 11 Fällen zur Druckentlastung und Evakuation bei Hirnödem, 4mal mit Resektion der Hirnrinde, 1mal mit Ausschneidung verdickter und verwachsener Dura. Abgesehen von 1 einer Nachblutung erlegenen Pat. starben noch 2 Operirte im späteren Verlauf. Als therapeutisches Resultat verzeichnet J. 6 Heilungen (2 bei traumatischer, 1 bei Jackson'scher Epilepsie, 2 bei Hysterien mit Prostration und Idiotismus, 1 bei akuter Manie eines Epileptikers) und 2 Besserungen bei einem Epileptiker und Mikrocephalen neben 6 Misserfolgen bei 2 Epileptikern (mit akuter Manie) und 4 Idioten.

Picqué et Manclaire: Suppurations otitiques de la loge cérébelleuse.

P. und M. unterscheiden osteodurale, intradurale (pericerebelläre) und intracerebelläre (corticale und medulläre) otitische Eiterungen und empfehlen, da die einfache Präparation der Fossa occipitalis unzureichend sei, eine osteoplastische Operation mit Bildung eines mastoïdo-occipitalen, retro- und subsinösen Lappens.

Moure (Bordeaux): De la réunion immédiate du pavillion de l'oreille après la cure radicale de l'otorrhoe.

Zur Abkürzung der Heilungszeit und zur Vermeidung narbiger Entstellungen empfohlen. (Schluss folgt.)

---

30) W. R. Williams. Note on multiple family cancer.

(Brit. med. journ. 1898. November 26.)

W. theilt eine Reihe von Familiengeschichten mit, in denen zahlreiche Erkrankungen an Carcinom für die Erblichkeit desselben zu sprechen scheinen. So hatte er selbst eine 53jährige Frau mit Uteruscarcinom in Behandlung, deren Großmutter, Mutter, Mutterschwester und 2 eigene Schwestern alle an Uteruscarcinom gestorben sind. Bemerkenswerth erscheint ihm in den Fällen von anscheinend ererbtem Carcinom die Homotopie des Carcinoms in der überwiegenden Zahl der Fälle. **Krumm** (Karlsruhe).

31) J. Batko. Chronische Rotzinfektion bei einer Bauernfamilie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 42.)

Im Anschluss an eine lange Zeit unbemerkt gebliebene Infektion eines Stalles mit Rotz erkrankte die Familie des betreffenden Pferdewärters, Mann, Frau und 2 Kinder, an chronischem Rotz. Bei den Kindern blieb die bakteriologische Untersuchung negativ, bei den Eltern ließen sich typische Löffler-Schütz'sche Rotzkulturen aus den Geschwüren züchten. Der Verlauf war chronisch; es bestand eine Vergrößerung der Lymphdrüsen, der Leber, so wie der Milz. Behandlung mit Mallein, die aus äußeren Gründen vorzeitig abgebrochen werden musste, gestattete kein Urtheil über die Wirkung dieser Therapie. Genaueres mag im Original nachgelesen werden. **Hübener** (Breslau).

32) A. Strubell. Ein kasuistischer Beitrag zur Pathologie und Therapie des Milzbrandes beim Menschen. (Aus der med. Univ.-Klinik zu Jena.)

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 48.)

Der betreffende Pat., ein 41jähriger Gerber, hatte 6 Tage vor seiner Aufnahme in die Klinik ein kleines rothes Fleckchen an er Nase bemerkt, welches sich

bald schwarz färbte, rasch über die Nasenspitze hin vergrößerte und unter heftigen Fiebererscheinungen zu Infektion der regionären Lymphdrüsen führte; im Sekret des gangränösen Herdes wurden Milzbrandbacillen nachgewiesen, während sich das Blut des Kranken frei von solchen erwies. Wegen der Ausdehnung des Milzbrandherdes an der Nase, der Drüseninfektion und der Allgemeinerkrankung wurde von einer Operation Abstand genommen, und Pat. während der nächsten 18 Tage mit lokalen Einspritzungen von 3%iger Karbollösung (täglich etwa 30, im Ganzen ca. 400), heißen (50—55° C.) Kataplasmen auf die erkrankten Theile und Excitantien behandelt. Unter dieser Therapie hörte das Fieber nach 10 Tagen auf, stieß sich die gangränöse Partie an der Nase ab, gingen die Drüsenschwellungen zurück und erfolgte schließlich, ohne dass es zu Karbolintoxikation gekommen, vollständige Heilung, für die das Freibleiben des Blutes von Milzbrandbacillen günstig gewesen war. **Kramer** (Glogau).

33) Quénu. Tétanos traumatique, amputation de jambe; injections de sérum antitétanique, guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 496.)

Im Anschluss an eine 6 cm lange Weichtheilquetschwunde am Fuß kam es bei dem Pat. Q.'s 11 Tage nach der Verletzung zum Ausbruch von Tetanus. Gleich nach den ersten Anzeichen von Trismus injicirte Q. 20 ccm Antitetanusserum, gab außerdem Morphium und Chloral. 3 Tage danach ließ er den Unterschenkel amputiren, abermals Serum injiciren. Die Injektionen wurden auch an den folgenden 6 Tagen wiederholt. Allmählich ließen die Muskelstarre und Krampfanfälle nach, und schließlich folgte Heilung.

In der Diskussion hebt Bazy hervor, dass die Seruminjektionen wesentlich nur vorbeugend, aber kaum heilend wirken. Er lässt desshalb allen Pat., bei denen eine Infektion mit Erde vorliegt oder wahrscheinlich ist, sogleich Serum einspritzen. Darauf glaubt er es zurückführen zu dürfen, dass er im Krankenhaus Bicêtre, nachdem er dort 4 Fälle von Tetanus beobachtet hatte, nach strikter Einführung dieser prophylaktischen Impfungen keinen Fall von Tetanus mehr zu sehen bekam, dass er hingegen in Saint-Louis, wo er bei einem Assistentenwechsel die strikte Weisung zu geben versäumt hatte, gleich danach einen tödlich endenden Tetanus zu beklagen hatte. Auch betont er ausdrücklich, dass man nach Ausbruch von Tetanus auch bei Anwendung von Seruminjektionen doch die gleichzeitige narkotische Behandlung mit großen Dosen Chloral — 12—14 g pro Tag — nicht vernachlässigen dürfe. **Reichel** (Chemnitz).

34) W. Ettinger. Ein Fall von erfolglos mit Serum behandeltem Tetanus.

(Gaz. lekarska 1898. No. 41.)

Bei einem 29jährigen Mädchen stellten sich die Symptome des Tetanus am 9. Tage nach einer geringen Fußverletzung durch einen Holzspan ein. Injektion von Serum am selben Tage. Tod 4 Tage darauf. **Trzebicky** (Krakau).

35) C. Monod. Luxation compliquée du poignet. Injection antitétanique immédiate. Tétanos le quatorzième jour. Amputation. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 506.)

Das Interesse des von M. mitgetheilten Falles liegt darin, dass es trotz einer am Tage der Verletzung — komplicirte Luxation der Hand mit Sehnenzerreißung, ungenügender Desinfektion — prophylaktisch ausgeführten Injektion von 10 ccm Antitetanusserum 14 Tage danach doch noch zum Ausbruch von Tetanus kam. 10 Stunden nach Auftreten der ersten Erscheinungen wurde der Vorderarm amputirt. Die Krampfanfälle und die Muskelstarrheit ergriffen auch die andere Seite und die unteren Extremitäten. Doch erfolgte schließlich Genesung. Ob diese der günstigen Wirkung der präventiven Impfung oder der Amputation zu danken

ist, muss dahingestellt bleiben. Dass durch die Impfung keine Immunität erzielt wurde, ist M. geneigt, darauf zurückzuführen, dass Pat. durch Alkoholmissbrauch schon geschwächt war. **Reichel** (Chemnitz).

36) **Neumann.** Über eine seltene Form von Atrophie der Haut.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 3. Festschrift für F. J. Pick.)

Die sogenannten »idiopathischen« Atrophien der Haut, d. h. diejenigen, bei denen man eine Ursache des Gewebsschwundes nicht aufdecken kann, bedürfen noch einer sehr sorgfältigen Bearbeitung. Am besten bekannt ist bisher das Bild der diffusen idiopathischen Atrophie. Aber auch hier ist das Material und die Beobachtungszeit noch zu kurz, um eine scharfe Abgrenzung zu gestatten. Die beiden Fälle, die N. beschreibt, sind unter sich noch wesentlich verschieden; in dem einen ist klinisch nichts von entzündlicher Infiltration beobachtet worden; in dem anderen haben sich die atrophischen Herde augenscheinlich aus entzündlichen Knötchen entwickelt. Histologisch fand sich in beiden Fällen Infiltration. Leider ist das klinische Aussehen der zur histologischen Untersuchung benutzten Stellen nicht genügend beschrieben. Mit der Bemerkung, dass der Atrophie ein »lentescirender, trophoneurotischer Entzündungsprocess« vorausgeht, ist die Erkrankung natürlich nicht erklärt. Zunächst wird es nothwendig sein, durch genaue klinische Analyse und durch histologische Untersuchung der verschiedenen Stadien dieser Erkrankung festzustellen, ob und wie weit die Entzündung eine nothwendige Vorbedingung in allen diesen Fällen (wie z. B. bei der vom Ref. beschriebenen Atrophia maculosa cutis) ist. **Jadassohn** (Bern).

37) **A. Sternthal.** Beitrag zur Kasuistik der Sklerodermie.

Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 293. Festschrift für F. J. Pick.)

Bei der Unklarheit über das Wesen der Sklerodermie und bei der großen Mannigfaltigkeit ihres Krankheitsbildes und ihres Verlaufs sind eingehende kasuistische Mittheilungen noch immer sehr dankenswerth. Von den 3 Fällen S.'s war in einem eine sehr starke Erkältung der Erkrankung unmittelbar voraufgegangen; diese selbst verlief sehr akut und anfänglich schwer, wurde aber vollständig geheilt; in einem anderen Falle ist die ätiologische Bedeutung einer Erkältung weniger deutlich. In einem 3. Falle erinnerte das Gesicht durch das Vorhandensein zahlreicher Gefäßektasien, sommersprossenähnlicher Flecke und weißer Grübchen an Xeroderma pigmentosum; die Teleangiektasien sind nur als eine Folgeerscheinung aufzufassen. Dagegen scheint die bei diesem Falle vorhanden gewesene, sehr chronische Urticaria, da sie an einzelnen Körperpartien der Sklerosirung voranging, mit dieser in kausalem Zusammenhang gestanden zu haben; ebenfalls nur hypothetisch zu erklären war in diesem Falle ein Ascites. Eine streng halbseitige Alopecie auf sklerotischer Basis reparirte sich wieder, als die Sklerosirung zurückging. Darauf, dass die Schilddrüse in einem Falle kaum zu fühlen war, legt S. kein Gewicht, da Veränderungen an diesem Organ jedenfalls nicht konstant und ev. nur sekundär sind. Ulcerationen entstehen durch die Spannung der Haut über den Knochen und können zu Phlegmonen führen; die Muskeln können auch unabhängig von der Haut erkranken — wie überhaupt nach dem Verf. die Sklerodermie alle Systeme des Körpers befallen kann.

Jadassohn (Bern).

(38) **A. J. Pospelow.** Zur Pathogenese und Therapie der Elephantiasis arabum.

(Medicinscoje Obosrenje 1899. Januar. [Russisch.])

Im Falle P.'s — Elephantiasis verrucosa et ulcus cruris callosum inveteratum, 56jährige Frau, nach wiederholten erysipelatös-entzündlichen Processen ohne Syphilis oder Tuberkulose — brachte Massage nach Moncorvo keine Wirkung hervor; dagegen verkleinerte sich die Schwellung auffallend nach 10 Injektionen von je 0,05 Kalomel innerhalb 3½ Monaten. (Diese Behandlung wurde von Gaston und Dominici vorgeschlagen.) **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

39) P. L. Bosellini. Beitrag zur Lehre von den multiplen follikulären Hautcysten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLV. Hft. 1.)

Die sehr eigenartigen Geschwülste, welche die Grundlage zu der Arbeit B.'s gaben, fanden sich an der Haut besonders des Rückens eines sonst gesunden 40jährigen Mannes — nur eine in der Schenkel-Perinealgegend gelegene Geschwulst machte Beschwerden beim Gehen. Die sehr zahlreichen einzelnen Gebilde waren hirsekorn- bis kirschgroß, pastös, rund oder oval, die Haut über ihnen verdünnt; ihre Entwicklung war beschränkt; sie waren in 8 Jahren entstanden. Bei der Excision einer solchen Geschwulst zeigte sich, dass ihr Inhalt aus flüssigem Fett bestand. Die vollständig isolirten Cysten waren ei- oder olivenförmig, gelblich und halb durchscheinend, ihre Wand dünn und meist glatt; histologisch bestand sie aus einer bindegewebigen Membran und 2—3 Lagen von polygonalen Epithelzellen.

Die genauere mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Bildung dieser Cysten bedingt war durch eine Keratose des Follikelausführungsganges, durch die es zu einer Stauung und Dilatation am Vereinigungspunkt von Drüsengang und Haarfollikel kam; die Talgdrüsen tragen nichts zur Bildung der Cystenwand bei, werden aber allmählich atrophisch. Auffallend ist, dass der Inhalt der Cysten reines Fett — ohne alle Beimischung von Zellen etc. — war; nach der Auffassung des Verf. stellt es das reine Sekretionsprodukt der Talgdrüsen dar. Die in einem ähnlichen Falle als Ausgangspunkt der Cysten angesehenen Schweißdrüsen (Dubreuilh) waren ganz unbetheiligt. **Jadassohn** (Bern).

40) F. Pinkus. Ein Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 78. Festschrift für F. J. Pick.)

Unter diesem Namen haben Neisser und der Ref. je einen Krankheitsfall beschrieben; das Bild dieser Affektion ließ sich nach ihrem Urtheil in keine der uns bekannten Rubriken einordnen. Seither haben noch Juliusberg und Rona analoge Fälle publicirt. Der von P. beschriebene gehört in dasselbe Gebiet. Es handelt sich um multiple Knötchen, die von einer zuerst klinisch nicht sichtbaren, später deutlich werdenden, in toto abkratzbaren Schuppe bedeckt sind, sich spontan verlieren können, im Ganzen aber durch viele Jahre immer wieder recidiviren und regellos ausgestreut waren. Allgemeinerscheinungen fehlten vollständig.

Verf. giebt eine sehr genaue histologische Schilderung dieser Efflorescenzen; auch aus dieser geht hervor, dass es sich hier um eine eigene, bisher noch nicht systematisirte Krankheit unbekannter Ätiologie handelt. **Jadassohn** (Bern).

41) E. Arning. Ein Fall von Erythema perstans pseudoleprosum.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIII. p. 11. Festschrift für F. J. Pick.)

Der A.'sche Fall ist vor Allem darum von großer Bedeutung, weil er die Erscheinungen einer beginnenden makulösen Lepra bis zum Verwechseln ähnlich darbot. Die Pseudolepraflecke fanden sich an dem Unterschenkel einer neurasthenischen und gichtisch veranlagten Frau und gingen erst nach monatelanger Beobachtung durch eine Chrysarobinbehandlung zurück. Eine bestimmte Diagnose ließ sich nicht stellen, doch war Lepra ausgeschlossen, und Verf. fasst den Fall als eine Angioneurose aus unbekannter Ursache auf. **Jadassohn** (Bern).

42) E. Stern. Über einige bisher noch nicht beschriebene Formen von Herpes tonsurans.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. XLIV. p. 281. Festschrift für F. J. Pick.)

Während der besonders von 1888—1891 in Mannheim herrschenden, aber auch seither nicht ganz erloschenen Epidemie von Trichophytie hatte S. Gelegenheit, einige besonders merkwürdige Fälle dieser äußerst mannigfaltigen Erkrankung zu

beobachten. 2mal sah er dieselbe nicht nur auf der Haut, sondern auch auf der Mundhöhlenschleimhaut (in Form hochrother, zum Theil erodirter Erhebungen). 1mal traten bei einem Pat. neben Knoten von »Sykosis« und »Kerion Celsi« »große, flache, partiell hämorrhagische Blasen« auf der Gesichtshaut auf, die lange als solche erhalten blieben und erst durch spirituös-wässrige Resorcinlösung geheilt wurden. Bei demselben Pat. fand sich eine starke, dunkelrothe, chronische und wenig schmerzhafte Schwellung des oberen Theils einer Ohrmuschel mit einem knotigen, »central pustulirten« Infiltrat, und ein ähnliches Krankheitsbild zeigte sich bei einem 2., an Trichophytie leidenden Mann. Ein anderes Mal bestand bei einer schuppenden und knotigen Trichophytie am Nacken seit 6 Jahren ein 3 mm tiefes Geschwür, das durch sein Auftreten in einer Trichophytieplaque, durch den Befund von Pilzen und durch die Heilwirkung von Chrysarobin als zur Trichophytie gehörig erkannt wurde. Der letzte Fall ist ebenfalls ein Kuriosum: »Linsen- bis flachhandgroße, fahl gelbrothe, central zart schuppende Plaques« mit spärlichen Pilzen fanden sich über den Körper ausgestreut; zugleich waren vorhanden »Dutzende von kleinfinger- bis daumendicken, dunkelrothen, ziemlich genau den Follikeln entsprechende, mehr oder weniger prominente Knoten, fast schmerzlos und bei Druck nicht exprimirbar«, theils isolirt, theils in den schuppenden Plaques — in den Lanugohaaren Pilze. **Jadassohn** (Bern).

43) **H. H. Whitehouse.** A case of impetigo herpetiformis in the male.

(Journ. of. cut. and genito-urin. diseases 1898. No. 4.)

Fälle echter Hebra'scher Impetigo herpetiformis, an sich selten, sind bis jetzt nur in 2 beglaubigten Fällen bei männlichen Individuen gesehen worden (die Fälle von Kaposi und Dubreuilh). Verf. berichtet über einen dritten hierhergehörigen Fall, der letal endigte, und bei dem man nach Maßgabe der mitgetheilten Krankengeschichte allerdings kaum zu einer anderen Diagnose kommen konnte, wenn auch der Verlauf einige Abweichungen vom Typus Hebra erkennen lässt, und insbesondere die gegebenen Abbildungen wenigstens theilweise an eine Dermatitis exfoliativa oder an einen Pemphigus foliaceus denken lassen.

Kopp (München).

44) **J. C. Gilchrist.** A case of monilethrix with an unusual distribution.

(Journ. of cut. and genito.-urin. dieseases 1898. No. 4.)

Ein neuer Fall dieser seltenen, einer Behandlung kaum zugänglichen Affektion. In der vorliegenden Beobachtung war besonders beachtenswerth der Mangel hereditärer Einflüsse, die außerordentliche Symmetrie und die Lokalisation an den unteren Extremitäten, so wie das Auftreten in runden, nach der Peripherie sich ausdehnenden Scheiben. Parasitäre Einflüsse konnten nicht nachgewiesen werden.

Kopp (München).

45) **Broussin** (Versailles). Corps étranger de l'urètre (épingle à chapeau) chez l'homme. — Rapport de Bazy.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 276.)

B. gelang die Entfernung einer Hutnadel aus der Harnröhre eines Mannes in der Weise, dass er unter Festhalten des Nadelkopfes ihre etwa 2 cm von der äußeren Harnröhrenmündung in die Schleimhaut gespießte Spitze dadurch frei machte, dass er die beiden Lippen der Mündung mit 2 Fassklemmen kräftig anzog, darauf — unter beständigem Zug an den Klemmen — einen Katheter mit abgeschnittenem Ende in die Harnröhre einführte und in seiner Lichtung die Nadelspitze fing. Zurückziehen der Harnröhre förderte dann den Katheter plus Nadel leicht heraus.

Der Berichterstatter Bazy erwähnt im Anschluss hieran kurz einen Fall, in welchem er Glassplitter — das abgebrochene Ende einer Injektionsspritze — einige Monate nach dem dem Pat. unbekannten Unfalle aus der Harnröhre extrahirte.

Reichel (Chemnitz).

46) **S. Heimann.** Einige Fälle von Steinen in der Urethra.
Inaug.-Diss., Straßburg i/E., **Jos. Singer,** 1898. 50 S.

Verf. hat 5 vom Februar bis März 1898 in der Straßburger chirurgischen Klinik beobachtete Fälle von Harnröhrensteinen mitgetheilt. An der Hand dieser stellt er zuerst 37 Fälle der männlichen, 11 Fälle der weiblichen Harnröhre aus der Litteratur vom Jahre 1886 ab zusammen. Von den erwähnten Straßburger Fällen ist ein $2^1/_2$jähriger Knabe mit einem kirschkerngroßen Stein in der Pars membranacea wegen der ausgedehnten, vom Knie bis zu den Mammillae reichenden Harninfiltration von Interesse; der Knabe genas. Eine bemerkenswerthe Form hatte der Stein bei einem 50jährigen Pat.: dreikantig, mit verdicktem, vorderem, $3^1/_2$ cm in der Breite messendem, tänienkopfähnlichem Ende. Die Länge des Ganzen ist 5 cm, das Gewicht 10 g. Es werden nunmehr eingehend Ätiologie, Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie besprochen. Zur Diagnostik ist die urethrale Endoskopie ein weiteres, der Neuzeit angehöriges Hilfsmittel. Die Therapie wird wohl stets eine chirurgische sein müssen.

Kronacher (München).

47) **H. Fleurent.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Resultate der Behandlung der Prostatahypertrophie mit Resektion der Vasa deferentia.
Inaug.-Diss., Straßburg i/E., 1898.

Verf. beschreibt 4 Fälle von Prostatahypertrophie, bei denen in der Straßburger chirurgischen Klinik die Resektion der Vasa deferentia versuchsweise ausgeführt wurde.

Der Eingriff wurde 2mal in Narkose, 2mal unter Schleich'scher Infiltrationsanästhesie ausgeführt und hatte weiter keine Nachtheile für die Pat. Sämmtliche Fälle sind länger als 1 Jahr nach der Operation beobachtet worden.

Verf. sagt in der Epikrise, eine merkliche Verkleinerung der Prostata ist nie, auch nicht nach 2jähriger Beobachtungsdauer zu konstatiren gewesen, eben so wenig eine Atrophie der Hoden. In der Krankengeschichte des 1. Falles findet sich aber ausdrücklich verzeichnet, dass die Prostata einen Monat nach der Resektion der Vasa deferentia entschieden viel weicher und auch kleiner geworden sei.

In 3 Fällen wurde am 29., 20. und 6. Tage nach der Operation der Urin wieder spontan entleert, nachdem vorher völlige Verhaltung bestanden. In wie weit dieser Erfolg auf die Operation zurückzuführen, und ob hier nicht andere Momente mehr oder wenigstens als gleichwerthig in Betracht kommen, ergiebt sich aus den angeführten Fällen nicht. (Ref.)

Im 1. Falle kam eine vor der Operation angelegte Blasenfistel nach der Operation zur Heilung. Im 4. Falle war die Operation so gut wie erfolglos.

Vor Recidiven schützt die Resektion der Vasa ebenfalls nicht.

F. Hansen (Herborn).

48) **Tuffier.** Guérison de l'exstrophie de la vessie par la cystocolostomie.
(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Juli.)

Die Operation, die für den deutschen Chirurgen nichts Neues bietet, hat T. an einem 15jährigen Knaben in folgenden 4 Akten ausgeführt.

1) Exstirpation der ganzen Blasenschleimhaut mit Ausnahme des Trigonum vesicale; sorgfältige Mobilisirung des Trigonum und der Harnleiter.

2) Laparotomie, Vorlagerung einer Schlinge des S romanum, welche auf eine Länge von 3—4 cm incidirt wird.

3) Vereinigung der Ränder des isolirten Trigonum mit den Rändern des Darmes.

4) Naht der Muskeln, Aponeurosen und Haut wie bei einer Laparotomie mit Drainage. Das Resultat war sehr gut; nach $3^1/_2$ Monaten wurde der Knabe wieder untersucht. Es fanden in 24 Stunden 5—6mal Darmentleerungen statt.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

49) **Loison.** Urohématonéphrose droite. Ponction. Néphrotomie transpéritoneale. Néphrectomie lombaire. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 458.)

Einen Monat nach einem Falle auf die rechte Lendengegend fand man bei dem 22jährigen Pat., einem Soldaten, der wegen einer Bronchitis ins Lazarett aufgenommen wurde, und der nie Störungen von Seiten des Harnapparats geboten hatte, zufällig eine kindskopfgroße fluktuirende rechtsseitige Nierengeschwulst. Eine von vorn her vorgenommene Probepunktion entleerte 50 g bräunlicher, blutiger Flüssigkeit und war 2 Tage lang von schweren peritonitischen Reizerscheinungen gefolgt. Am Tage nach der Punktion zeigte der Urin das gleiche Aussehen wie die Punktionsflüssigkeit; d. h. die für gewöhnlich geschlossene Hydronephrose — denn um eine solche handelte es sich — war durch die Punktion vorübergehend in eine offene verwandelt worden; doch schon am 3. Tage war der Urin wieder klar. Durch transperitoneale Nephrotomie entleerte Lejars $3^1/_2$ Liter braunschwärzlicher Flüssigkeit. 4 Monate nachher entfernte er die Niere sekundär wegen Bestehenbleibens der Urinfistel von einem Lendenschnitt aus und erzielte Heilung. — Es ist wahrscheinlich, dass durch den 4 Wochen vor Entdeckung der Hydronephrose vorausgegangenen Fall die bisherige Hydro- in eine Hämohydronephrose umgewandelt worden war. Interessant ist dabei die völlig symptomlose Entwicklung. **Reichel** (Chemnitz).

50) **W. Sykow.** Über einen Fall von Struma aberrans renis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 1.)

Verf. beschreibt die Krankengeschichte und das Präparat des in der Überschrift genannten Falles. Die Geschwulst war von der Glandula suprarenalis ausgegangen und in die Niere hineingewuchert, welche sich als beträchtlich vergrößert erwies. Die Untersuchung der Geschwulstsubstanz wie der aus der Niere excidirten Stücke ergab die Diagnose: Struma aberrans renis maligna multiplex. Die Operation, bestehend in Exstirpation der Geschwulst und der Niere, erzielte einen guten Erfolg. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

51) **J. Strasburger.** Eitrige Epididymitis als Typhuskomplikation. (Aus der med. Klinik zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 1.)

Die genannte Komplikation war im Anschluss an Typhus abdominalis 3 Wochen nach Beginn der Rekonvalescenz aufgetreten; ein Katarrh der Harnröhre bestand nicht. Der entleerte Eiter enthielt keinerlei Eiterkokken, wohl aber eine Reinkultur von Typhusbacillen.

In der Litteratur sind nur 8 ähnliche Beobachtungen zu finden, von denen indess nur eine einen gleichen bakteriologischen Befund dargeboten hat.

Kramer (Glogau).

52) **R. Mühsam.** Beitrag zur Kenntnis der Geschwülste der Tunica vaginalis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX. p. 457.)

Bei der Hydrocelenradikaloperation eines 36jährigen Pat. (im Berlin-Moabiter Krankenhaus) fand sich in der Gegend des Ansatzes des Samenstrangs, etwa $1^1/_2$ cm von ihm entfernt, auf der Tunica vaginalis propria breit aufsitzend und frei in das Innere der Hydrocele hineinragend, eine bohnengroße, von der Scheidenhaut überzogene Geschwulst (die mit sammt dem fortfallenden Tunicastück exstirpirt wurde). Dieselbe zeigte einen durchaus adenomartigen Bau und ist wahrscheinlich aus versprengten Keimen des Hodens oder Nebenhodens hervorgegangen. (Cf. 2 kolorirte mikroskopische Tafeln.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

53) **Potherat.** Fibro-myome de la paroi recto-vaginale.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 454.)

P. exstirpirte bei einer 44jährigen Frau von der Scheide aus eine Geschwulst aus der Mastdarmscheidenwand von der Größe einer großen Nuss, die sich histologisch als typisches Fibromyom erwies. P. glaubt, dass dies der 1. Fall sei, in welchem in der hinteren Scheidenwand eine solche Geschwulst beobachtet wurde, die bisher auch in der vorderen nur wenige Male gesehen wurde.

Reichel (Chemnitz).

54) **Bazy.** Corps étrangers de l'utérus: 1) cure-oreille; 2) laminaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 322.)

Ein Ohrlöffel als Fremdkörper im Uterus gehört sicher zu den Seltenheiten. Augenscheinlich hatte die im 2. Monat schwangere Frau sich dadurch den Abort einleiten wollen; die Einführung war ihr erleichtert durch partiellen Scheiden-Gebärmuttervorfall. Die Extraktion gelang leicht; doch kam es zum Abort. — Im 2. Falle war ein Behufs Dilalation eines atritischen Gebärmuttermundes eingeführter Laminariastift abgebrochen und 3 Monate lang in utero geblieben. — Heilung durch plastische Operation. **Reichel** (Chemnitz).

55) **Buffet.** Corps fibreux volumineux de la lèvre postérieure du col; prolapsus de l'utérus; hystérectomie partielle.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 341.)

Bei der 48jährigen Pat., welche seit 6 Monaten das Gefühl eines die Scheide ausfüllenden, nach unten drängenden Körpers hatte, war plötzlich eine enorme Geschwulstmasse vor die Vulva getreten. Als B. sie am nächsten Tage sah, war das Allgemeinbefinden sehr elend, die äußere Geschwulst schwarz, brandig, durch einen dicken Stiel mit dem Uterus zusammenhängend, von dessen hinterer Portiolippe sie ausging. Abbindung des Stiels. Abtragung der Geschwulst mittels Thermokauters. Heilung erfolgt 6 Wochen später nach operativem Schluss einer sich am 8. Tage zeigenden Blasen-Scheidenfistel. **Reichel** (Chemnitz).

56) **J. Reboul.** Gros polype fibreux utéro-vaginal sphacélé, remplissant le vagin; infection locale et générale. Extraction de la tumeur après morcellement. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 363.)

Die Geschwulst wog 1 kg, hatte einen Umfang von 34 cm, war ein oberflächlich gangränescirtes reines Fibromyom.

In der Diskussion macht Bouilly auf die Schwierigkeit der Behandlung der Fälle aufmerksam, in welchen der myomatöse Uterus bis zum oder bis über den Nabel ausgedehnt und ein in die Scheide geborener Myomabschnitt gangränös geworden ist. Ist in solchen Fällen die Totalexstirpation von der Scheide aus unmöglich, so soll man zunächst per laparotomiam den nicht inficirten intra-uterinen Theil des Myoms entfernen, dann die Totalexstirpation von der Scheide anschließen. In einem direkt operirten Falle erzielte B. Heilung, in einem 2., in umgekehrter Reihenfolge operirten, starb Pat. an Septhämie. **Reichel** (Chemnitz).

57) **Platonow.** Uterusfibrom von ungewöhnlichen Größenverhältnissen.

(Chirurgie Bd. IV. p. 189. [Russisch.])

Der Leibesumfang der (abgebildeten) 45jährigen Kranken betrug 166 cm. Die Operation konnte sich auf eine Probelaparotomie beschränken. Dann wurde noch 2mal ohne Erfolg versucht, die Geschwulst stückweise zu entfernen, doch vereitelten starke Blutungen weitere Versuche. Die dann bei der Sektion erhaltene Geschwulst hatte das Gewicht von $2^1/_2$ Puden (100 russische Pfund = ca. 80 Zollpfund. Ref.). **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

58) **E. Glaeser.** Zur Histologie und Histogenese des Uterussarkoms.
(Festschrift zum 25jährigen Jubiläum von Prof. Ponfick, Breslau, 15. Januar 1899.)

Die Untersuchung eines operativ entfernten Uterus mit zahlreichen Polypen in seiner ganzen Höhle ergab Sarkom, das, wie G. nachweist, als ein Sarkom der Schleimhaut angesprochen werden muss; seine Entwicklung hatte in den tiefsten Schleimhautschichten stattgefunden. Es fand sich keine Spur eines Myomkerns, eben so wenig war eine aktive Betheiligung der Muskulatur an dem Aufbau der Geschwulst nachzuweisen. Die Möglichkeit der bösartigen Umwandlung einer myomatösen Primärgeschwulst ist auszuschließen.

Indem G. weiter die Vorgänge der sarkomatösen Umwandlung von Myomen erörtert, wendet er sich gegen v. Kahlden, der in einem Falle den direkten Übergang von Muskelzellen in Sarkomgewebe nachwies. G. vertritt mehr die Auffassung von der Entwicklung des Sarkoms im interstitiellen Gewebe, durch dessen Einfluss die Muskelzellen zur Proliferation angeregt würden.

Gross (Altona).

59) **O. Semb.** Alexander's operation.
(Norsk Mag. for Laegevid. 1899. Januar.)

Die Alexander-Operation, die lange Zeit aufgegeben war hauptsächlich aus technischen Gründen, hat während den letzten 5—10 Jahren in der Retroflexionstherapie den Platz eingenommen, der ihr gebührt als die einzige Methode, wodurch eine physiologische Fixation des Uterus hergestellt werden kann.

Verf. will so weit wie möglich die Spaltung des Leistenkanals vermeiden; nur wenn das Ligament sehr schwach entwickelt ist oder sich schon intrakanalikulär zu theilen anfängt, muss man spalten, dann aber so wenig wie möglich. Das Ligament soll sehr genau von dem Nervus ileo-inguinalis isolirt, und dieser nicht in den Suturen gefasst werden, sonst treten Neuralgien auf. Die Nähte dürfen nicht zu fest geknüpft werden, um das Ligament nicht zu stranguliren. Die Kocher'sche Methode hat Verf. verlassen, weil sie eine entstellende Narbe hinterlässt und eine Disposition zu Hernie geben kann; nur wenn der Kanal so wie so doch geöffnet werden muss, wird sie angewandt.

Nach der Operation Hodge's Pessar für 3 Wochen. Während der ersten Zeit muss die Blase mindestens 3mal täglich entleert werden, um nicht die Gebärmutter nach hinten zu drücken.

Die Operation ist nur indicirt bei beweglichen Retroflexionen und nachdem schon Pessarbehandlung vergebens versucht ist. In Fällen von Prolaps mit Retroflexion ist sie eine ausgezeichnete Hilfsoperation, doch muss vagino-perineale Plastik angeschlossen werden.

Verf. hat 12 Fälle operirt; in einem Falle musste jedoch die Operation aufgegeben werden, weil die Ligamente sich schon im Kanal in feine Fibrillen theilten und nicht zu fixiren waren. 2 Recidive: 1 wegen Fixation des Uterus und der Adnexen (konstatirt bei späterer Totalexstirpation); im 2. Falle trat das Recidiv nach 2 Monaten ein; die Pat. war schwanger geworden. Die 9 übrigen Fälle recidivfrei, davon sind 5 nach mehr als einem Jahre untersucht, 4 sind neueren Datums.

In keinem Falle ist eine Hernie aufgetreten. In 1 Falle normale Schwangerschaft und Geburt; auch nach der Geburt normale Anteflexion.

Die Alexander-Operation ist bei beweglichen Retroflexionen sowohl der Ventrofixation wie der Vaginofixation überlegen, weil sie gefahrlos ist, keine abnormen Verwachsungen schafft und kein Hindernis bei eintretender Schwangerschaft und Geburt bedingt. (Selbstreferat).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. Sonnabend, den 15. April. **1899.**

1) A. J. Tscharnetzki. Zur Frage von der Ausscheidung der Bakterien durch Eiterungsprocesse.

Diss., Petersburg, 1898. [Russisch.]

T. bewies durch Experimente, dass weder Saprophyten noch Bakterien durch künstlich erzeugte Eiterung ausgeschieden werden. Er erklärt das dadurch, dass die Eiterung hervorrufenden Mittel mit positiv chemotaktischer Wirkung auf die Leukocyten einen negativ

chemotaktischen Einfluss auf die im Blut befindlichen Bakterien ausüben, da letztere in ihren Körpern Substanzen enthalten, die hinsichtlich ihrer chemotaktischen Wirkung gleichartig mit jenen Mitteln sind. Der Nutzen der natürlichen und künstlichen Eiterungen bei Infektionskrankheiten beruht daher auf Verstärkung der Phagocytose und nicht auf Ausscheidung der Bakterien.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

2) **R. Régnier.** Radioscopie et radiographie cliniques.

Paris, **J. B. Baillière & fils,** 1899. 95 S.

Das Büchlein ist als kurzer Leitfaden der Röntgenuntersuchungen zu bezeichnen. Nach einer kurzen historisch-physikalischen Einleitung giebt Verf. eine Beschreibung der Röntgenapparate — der Influenzmaschine und des Induktors. Er tritt warm für die Anwendung der Influenzmaschine ein, da er meint, dass das neue diagnostische Hilfsmittel wegen der geringen Anschaffungs- und Betriebskosten der Influenzmaschine eine weitere Verbreitung unter den praktischen Ärzten finden würde. Im Weiteren giebt er eine genaue Beschreibung über den Modus der Anwendung der Durchleuchtung resp. der photographischen Aufnahme für den einzelnen Fall. Seine Darstellung ist klar und deutlich, er verliert sich nirgends in Details, ausgenommen an einer Stelle, an der er über die Lokalisation von Fremdkörpern spricht. Er giebt da mehrere Verfahren, die von französischen Forschern stammen, an, die gegenüber den bei uns geübten keinen Vorzug haben, im Ganzen komplicirt sind und eine einfache Lösung dieser brennenden Frage auch nicht geben.

Auf die ausländische — insbesondere deutsche — Litteratur geht R. so gut wie gar nicht ein. 11 dem Text beigegebene Bilder sind, so weit sie radiographische Aufnahmen sind, leider wenig brauchbar, da man durch die Art der Reproduktion nichts auf ihnen erkennen kann.

H. Wagner (Breslau).

---

3) **N. J. Jakowlew.** Über die Behandlung von Wunden und Geschwüren mit Naphthalinkissen im Rigaer Gefängnislazarett.

(Wratsch 1898. No. 4. [Russisch.])

Marlykissen werden 2—3 cm dick mit Naphthalin gefüllt (nöthigenfalls kreuz und quer durchnäht) und auf die Wunde (resp. Geschwür) festgebunden. Das Wechseln geschieht nach Durchtreten des Sekrets, jede 1—2 Wochen. Selbst bei alten Unterschenkelgeschwüren erfolgt die Heilung sehr rasch, indem sich der Rand jede Woche 1—2 cm weit nach dem Centrum zu überhäutet. Das Mittel ist unschädlich, billig und fordert keinen häufigen Verbandwechsel.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

4) **O. Vulpius** (Heidelberg). Die Hornhaut, ein neues Material zur Herstellung orthopädischer Apparate.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 52.)

Die von V. benutzte Hornhaut besteht aus vorher enthaarter und getrockneter Thierhaut, die mit einem Lack imprägnirt und gebrauchsfertig von der Firma O. Wagner in Düsseldorf in den Handel gebracht wird. Sie wird nach einem Papiermuster der betreffenden Hülse zurechtgeschnitten, ca. 12—15 Stunden in kaltes Wasser gelegt und, danach völlig erweicht, auf dem mit Trikot überzogenen, trockenen Gipsmodell in beliebige Form gewalkt. An letzterem mit Nägeln befestigt, kommt sie für ca. 6 Tage in den Trockenofen und wird, wenn eben das Trocknen begonnen hat, d. i. nach ca. 12 Stunden, mit Perspirationslöchern versehen und mit einem Lack bestrichen. Nach beendetem Trocknungsprocess erfolgt die Abschleifung und nochmalige Lackirung.

V. rühmt den auf diese Weise hergestellten Hornhautapparaten, die er für alle möglichen orthopädischen Zwecke benutzt hat, ihre Formbeständigkeit, Widerstandsfähigkeit gegen Nässe, Leichtigkeit, Abwaschbarkeit und relative Billigkeit nach; Schienen lassen sich ohne Weiteres an ihnen festnieten. **Kramer** (Glogau).

---

5) **Kirby** und **O'Malley.** Thermotherapia, or the hot-air treatment, and its uses and possibilitics.

(Therapeutic gaz. 1897. November.)

Verff. berichten über ihre Versuche mit einem von Lentz & Sohn Philadelphia, hergestellten Heißluftapparat, so wie über die von ihnen, mit dieser Behandlungsart bei verschiedenen Erkrankungen erzielten Erfolge. Nachdem das wohl versorgte zu behandelnde Glied in den bis auf etwa 90° C. erwärmten Apparat hineingebracht ist, wird die Hitze allmählich bis zu einem, dem Pat. noch erträglichen Grade (durchschnittlich bis 160° C.) gesteigert. Die Sitzung dauert 45 Minuten bis 1 Stunde.

Am wirksamsten erwies sich die Behandlungsmethode bei frischen Erkrankungen, wie Distorsionen, Sehnenentzündungen etc., so wie zur Nachbehandlung von Knochenbrüchen und Verrenkungen durch manchmal wunderbar rasche Beseitigung der Schmerzen und baldige Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit. Kontraindicirt ist sie bei der sogenannten rheumatoiden Arthritis, so wie bei chronisch rheumatischen Affektionen. Auch auf ein tuberkulöses Geschwür (Bouillon nachgewiesen) übte die Heißluftbehandlung günstigen Einfluss, es heilte nach 5 Sitzungen in 6 Wochen. Auf sonstige tuberkulöse Erkrankungen, bei welchen sie auf guten Erfolg hoffen, hatten die Verff. keine Gelegenheit, ihr Verfahren anzuwenden. Bezüglich der Puls- und Temperaturbeobachtungen muss auf das Original verwiesen werden. **Willemer** (Ludwigslust).

---

6) **A. Poehl** (St. Petersburg). Die physiologisch-chemischen Grundlagen der Spermintheorie, nebst klinischem Material zur therapeutischen Verwendung des Sperminum Poehl. (Übersetzt aus dem Russischen.)

St. Petersburg, **A. Wienecke,** 1898. 330 S.

Das 1. Kapitel beschäftigt sich mit dem Chemismus des Spermins, wobei Verf. von Neuem darauf aufmerksam macht, dass das Sperminum Poehl nicht zu verwechseln ist mit dem von Schering-Berlin in den Handel gebrachten Spermin, welches sich als das längst bekannte Piperazin herausstellte. Auf diesem Irrthum beruhen manche Misserfolge und Angriffe, welche den Verf. veranlassten, sein Präparat »Sperminum Poehl« zu bezeichnen, als das allein echte und reine Spermin.

Zur Darstellung desselben werden vor Allem Testikel von Füllen und Hengsten verwendet. Das Spermin ist eine ziemlich starke Base und bildet leicht krystallisirende Salze, die hygroskopisch sind. Das medicinische Präparat zur Injektion stellt eine 2%ige Lösung eines salzsauren Salzes in physiologischer Kochsalzlösung dar. Zu innerem Gebrauch wird eine 4%ige alkoholische Lösung von Sperminchloridchlornatrium unter der Bezeichnung »Essentia Spermini Poehl« hergestellt. 12 sehr gute Abbildungen bringen die verschiedenen Formen der Sperminphosphatkrystalle zur Anschauung.

Das 2. Kapitel handelt von dem Vorkommen des Spermins im Organismus. Entgegen der Ansicht Fürbringer's u. A. fand P. an frischen Organen von Bullen das Spermin nicht nur in der Prostata und den Hoden, sondern auch in den Schilddrüsen, im Pankreas und in der Milz, ja sogar in den Eierstöcken von Kühen. Quantitativ enthielten die Hoden das meiste Spermin; aber auch sonst wurde dasselbe im Körper nachgewiesen, und Verf. glaubt sich berechtigt, die Identität der Sperminkrystalle mit den Charcot-Leyden-schen Asthmakrystallen anzunehmen.

Die physiologisch-chemische Bedeutung des Spermins wird in eingehender Weise erläutert. Zahlreiche Experimente haben ergeben, dass nach Zusatz von Spermin zu normalem Blut das Spektrum nicht verändert, wohl aber das Sauerstoffübertragungsvermögen desselben erhöht wird. Diese Fähigkeit, Oxydationsprocesse zu beeinflussen, geschieht ohne Zersetzung des Spermins und hängt nicht von der Menge, sondern von der Intensität, der Zeitdauer seiner Einwirkung ab; es wirkt also katalytisch.

Es folgen sodann sehr sorgfältige Zusammenstellungen aus der Litteratur über Bildung von Ptomainen und über Autointoxikationen bei gewissen Krankheiten. Sehr interessant sind ferner die Thierexperimente, welche Prof. Fürst Tarchanoff mit Sperminum Poehl gemacht hat, zum Theil an mit Strychnin vergifteten oder chloroformirten, oder solchen Thieren, denen das Rückenmark durchschnitten war. Aus allen diesen Versuchen geht hervor, dass das

Spermin die Lebensfähigkeit der Nervenelemente und die Widerstandsfähigkeit des Organismus äußeren Schädlichkeiten gegenüber erhöht. — Diese Eigenschaften haben sich nun auch am Krankenbett gezeigt. Verf. nennt das Spermin ein »physiologisches Tonicum, dessen sich die Natur Infektionen gegenüber bedient, eins der wichtigsten Widerstandsmittel für die Zelle«.

Der 2. Theil des Buches umfasst das klinische Material über die therapeutische Verwendung des Sperminum Poehl. So interessant manche Einzelheiten aus diesem speciellen Theil sind, so muss Ref. es sich doch versagen, an dieser Stelle darauf einzugehen, sondern Jeden, der sich für die Frage interessirt, auf das Original verweisen. Nur so viel sei gesagt, dass das Mittel bei Inanitionszuständen (Anämie, Tuberkulose, Typhus, Marasmus senilis etc.), Stoffwechselanomalien (harnsaure Diathese, Endarteriitis, Skorbut, Diabetes, Rachitis) zur Verwendung kam, ferner bei Erkrankungen des Nervensystems: funktionellen Neurosen und organischen Läsionen, wie Tabes, Paralysen, Neuritis etc., endlich bei Erkrankungen des Herzens, der Lungen und Nieren, und bei Intoxikationen (Chloroform, Kohlenoxyd, Alkoholismus), Syphilis, Erysipel, Cholera. Im Ganzen 230 zum Theil recht ausführlich mitgetheilte Beobachtungen aus den verschiedensten Gebieten!

Aus dem kurzen Abriss der Ergebnisse des kasuistischen Materials sei nur Folgendes erwähnt: Das Spermin ist in allen Fällen indicirt, in denen Herabsetzung der intraorganen Oxydation, so wie Verminderung der Blutalkalescenz stattfindet. Die Injektionen rufen keinen Schmerz oder lokale Reaktion, eher ein Wohlbefinden und Kraftgefühl hervor. Die motorischen Funktionen des Gehirns und Rückenmarks erfuhren durchweg bedeutende Besserung; eben so günstig war der Einfluss auf schmerzhafte Zustände, Schlaflosigkeit und Hautkrankheiten, wie syphilitische Affektionen. Eine Zunahme der Muskelkraft wurde von fast allen Autoren konstatirt. Die günstige Einwirkung auf die Genitalsphäre ist keine specifische, sondern nur eine Einzelerscheinung der allgemeinen tonisirenden Wirkung des Mittels. Namentlich bei Neurasthenikern ist aber die Wiederkehr der Potenz wiederholt beobachtet worden.

Wenn nun auch bei vielen Krankheiten die Beobachtungen bisher noch zu wenig zahlreich sind, um ein abschließendes Urtheil zuzulassen, so geht doch aus dem ungemein fleißigen Werke hervor, dass wir es bei dem Spermin vielleicht mit einem Mittel zu thun haben, dessen günstige Wirkung auf gewisse Krankheitszustände bereits bewiesen, für andere aber sehr wahrscheinlich zu sein scheint. Es wäre zu wünschen, dass von zuständiger Seite die interessanten Versuche des Verf. nachgeprüft und weitere Erfahrungen am Krankenbett gesammelt würden. Wer sich aber mit diesen Dingen beschäftigen will, muss auf die grundlegende Arbeit P.'s zurückgreifen.

Tschmarke (Magdeburg).

---

7) E. Larisch. 1263 Bromäthyl-Narkosen. (Aus dem zahnärztlichen Institut der Universität und dem Conventhospital der Barmherzigen Brüder zu Breslau).

Inaug.-Diss., Breslau, 1899.

L. giebt die Erfahrungen von Partsch wieder; nach diesem muss allerdings das Bromäthyl als ein geradezu ideales Narkoticum bezeichnet werden, schon durch seine absolute Gefahrlosigkeit. Die Todesfälle, die einst das Bromäthyl in Misskredit brachten, bis es seit einem Decennium wieder von den Zahnärzten häufiger angewandt wurde, fallen nach L. lediglich der Verwendung zu großer und zu koncentrirter Mengen, wie unreinen Präparaten (Gehalt an Arsen und Schwefelverbindungen) zur Last. Partsch verwendet nur das reine und von jedem stechenden Geruch freie Präparat Merk (Darmstadt); es wird in Tropfen auf eine gewöhnliche Chloroformmaske geträufelt. Im Gegensatz zu anderen Autoren wurde ein nennenswerthes Excitationsstadium bei 526 Erwachsenen nur 43mal beobachtet, bei Kindern fehlte es konstant. Die Narkotisirten erholten sich sehr schnell aus dem Schlaf; nur in 1,5—2 % aller Fälle stellte sich nachher Erbrechen ein.

Der große Vorzug des Bromäthyls besteht in der geringen Alteration der Cirkulation und der Athmung; es ist kein Herzgift (Holländer). Partsch hat es desshalb ohne Bedenken bei schwer Herzkranken gegeben. Wegen seines niedrigen Siedepunktes — er liegt zwischen 38—39° — wird das Bromäthyl schnell aus dem Körper ausgeschieden, und zwar nicht durch die Nieren (negative Bromreaktion des Urins). So empfiehlt sich seine Verwendung bei schweren Konstitutionserkrankungen (1 Fall von Diabetes, weiter von Sepsis etc.).

Vielleicht ist es ein Mangel der Bromäthyl-Narkose, dass die Reflexe nie ganz erlöschen, und daher die Bestimmung des Zeitpunktes der eingetretenen Analgesie zuerst schwer fällt. Jedoch tritt eben so wie beim Äther und Chloroform eine Erschlaffung der Muskulatur ein, die Repositionen von Luxationen ermöglichte (6 Fälle). Fast ausschließlich wurde das Bromäthyl bei kleineren Operationen (Poliklinik) angewandt, die wenige Minuten in Anspruch nahmen, ausnahmsweise bei größeren (Trepanation, Amputation), bei Darreichung einer Menge von 2—65 g. Gross (Altona).

---

8) N. B. Carson. The cranial »cracket-pot« sound as a symptom of cerebellar tumors.

(Annals of surgery 1898. September.)

Verf. schildert 4 Fälle von Geschwülsten des Kleinhirns (2 davon ausführlich), welche das charakteristische Geräusch des gesprungenen Topfes bei der Schädelperkussion darboten. Bedingt ist dasselbe durch Sprengung der Schädelnähte in Folge der sich in den Ven-

trikeln nach Verschluss der Abflusswege durch die Geschwulst ansammelnden Flüssigkeit. Verf. muss allerdings Bruns (Geschwülste des Nervensystems) Recht geben, wenn dieser das Zeichen nicht für pathognomonisch halte, indem es auch bei Hydrocephalus vorkommen könne und dass es jedenfalls nicht vor Ablauf des 3. Jahres, d. h. nach dem Schluss der Schädelnähte zu verwerthen sei. Er glaubt aber, dass es mit diesen Einschränkungen und bei sorgfältiger Berücksichtigung von Anamnese und Symptomen doch eine gewisse Bedeutung beanspruche. **Tietze** (Breslau).

---

9) **Freemann.** The use of egg-membrane in trephining operations upon the skull.

(Annals of surgery 1898. Oktober.)

Um die Verwachsungen zwischen Hirnoberfläche und Haut bezw. Hautknochenlappen zu vermeiden, empfiehlt Verf., beide Theile durch eine eingelegte, durch Kochen sterilisirte Eimembran zu trennen. Dieselbe würde allmählich resorbirt, bleibe aber lang genug bestehen, um eine Verwachsung zu vermeiden. Wie zwei Experimente an Hunden gezeigt haben, machen sie auch durchaus keine Reizerscheinungen, weder im klinischen noch anatomischen Bild.

Tietze (Breslau).

---

10) **A. Hartmann.** Die Einwirkung der Otitis media der Säuglinge auf den Verdauungsapparat.

(Sep.-Abdr. aus Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XXXIV.)

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen an dem Material der Kinderklinik der kgl. Charité zu folgenden Thesen:

1) Akute fieberhafte Otitis media verursacht Gewichtsstillstand.

2) Otitis mit schweren septischen Allgemeinerscheinungen kann wahrscheinlich auch Durchfälle hervorrufen.

3) Akute fieberhafte Otitis im Verlauf von Darmkrankheiten kann die Symptome allgemeiner Natur steigern und durch Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit das Darmleiden verschlimmern, zu Recidiven Veranlassung geben oder die Heilung bloß verzögern.

4) Ob schleichende, nur otoskopisch festzustellende Otitis geeignet ist, chronische Atrophie zu erklären, muss durch weitere Untersuchungen festgestellt werden.

H. verkennt nicht, dass die schwere Allgemeinerkrankung, an der die weitaus meisten der Kinder, die auf der Säuglingsabtheilung Aufnahme finden, leiden, zu der Ohrenerkrankung disponirt. Er giebt aber leider keine Angaben über die Ernährung der Pat., und das macht Schlussfolgerungen unmöglich.

Sehr berechtigt ist H.'s Kritik der Arbeit Steiner's (Prager med. Wochenschrift 1898 No. 21); dieselbe ist jedoch nicht der Breslauer Universitätskinderklinik zur Last zu legen, da die Publikation gegen Wissen und Willen des Leiters der Klinik erst später erfolgte.

Göppert (Breslau).

---

11) Davis. The treatment of fractures of the nose.

(Annals of surgery 1898. Oktober.)

Aus den Ausführungen des Verf. ist hervorzuheben, dass er eine seitliche Abweichung der Nase durch einen Gazestreifen zu beseitigen sucht, welcher mit Kollodium an dieser und derjenigen Wange befestigt wird, nach welcher die deformirte Nase gezogen werden soll. Der Streifen wird dadurch in eine Art elastischer Spannung versetzt, dass unter ihm die Haut der Wange zu Falten zusammengelegt wird, die sich natürlich wieder auszudehnen trachten. Deformitäten des Septums sind schwer durch Tamponade zu beseitigen, besser ist es, die Fragmente durch direkt an Ort und Stelle eingestochene Nadeln gegen einander festzuhalten **Tietze** (Breslau).

---

12) Molinié (Marseille). Les corps étrangers du nez chez les enfants.

(Méd. moderne 1898. No. 80.)

M. bespricht genauer Anatomie und Symptomatik der Nasenaffektionen durch Einführung von Fremdkörpern bei kleinen Kindern, ohne Neues zu bringen. Erwähnenswerth erscheint sein therapeutischer Vorschlag, wenn Lufteinblasung, Niesen etc. erfolglos waren, am Fremdkörper vorbei eine fadendünne Bougie in den Rachen einzuführen und mit dieser einen Seidenfaden, an dem ein kleiner Wattebausch oder Schwamm befestigt ist, von rückwärts durchzuziehen, der so den Fremdkörper herausfegt. Ausdrücklich warnt er vor der Anwendung von Metallinstrumenten.

Roesing (Hamburg).

---

13) T. Fricke. Beiträge zur Statistik des Lippenkrebses.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 95.)

F. hat das einschlägige Material der Göttinger Klinik aus den Jahren 1874 bis 1896, im Ganzen 127 Fälle, bearbeitet, zum Vergleich aber auch die denselben Gegenstand betreffenden Statistiken von Wörner, Koch, Maiweg und Regalski herangezogen, so dass für die allgemeinen Gesichtspunkte der Erkrankung in Summa 1338 Lippenkrebse verwerthet werden. Die Operationsresultate der Göttinger Klinik sind aus nebenstehender Tabelle ersichtlich.

Die bevorzugte Schnittführung für die Unterlippencarcinome war die Keilexcision mit nachfolgender direkter Naht, die selbst für fast die ganze Unterlippe einnehmenden Geschwülste kosmetisch die besten Resultate gab. Der Exstirpation infiltrirter Maxillarlymphdrüsen wurde in den letzten Jahren immer mehr Aufmerksamkeit gewidmet, ja selbst ohne palpable Drüsen das Kieferwinkelfett nebst den häufig verdächtige Lymphdrüschen enthaltenden submaxillaren Speicheldrüsen ausgeräumt. Und zwar empfiehlt sich's der Asepsis wegen diese Ausräumungen vor Exstirpation der Lippengeschwulst

vorzunehmen. Außerdem nöthigten natürlich eine Reihe schwererer Fälle zu Plastiken und Kieferresektionen.

	Unterlippe		Oberlippe	
	Fälle	Procent	Fälle	Procent
A. Ohne Erfolg operirte Kranke	45	39,5	5	38,5
1) An der Operation gestorben	8	7,0	1	7,7
2) Mit Recidiv gestorben	33	29,0	4	30,8
3) » » lebend	4	3,5	—	—
B. Mit Erfolg operirte Kranke	69	60,5	8	61,5
1) Ohne Krebs gestorben	27	23,7	3	23,1
2) » » lebend	42	36,8	5	38,4
Summa	114	100,0	13	100,0
Ohne genügende Nachricht	10	—	—	—

Über die sonstigen Ergebnisse aus F.'s Zählungen führen wir aus seinen Schlusssätzen Folgendes an:

1) Der Krebs der Unterlippe ist 19mal häufiger als der der Oberlippe.

2) Frauen leiden etwa 12mal seltener an Krebs der Unterlippe als Männer; dagegen ist schon unter 3 Oberlippenkrebskranken eine Frau.

3) Das Alter der in die Göttinger Klinik wegen Lippenkrebs Aufgenommenen betrug durchschnittlich 60 Jahre; die Jahresklasse 55—65 liefert relativ am meisten Pat.;

Die Chancen, an Lippenkrebs zu erkranken, wachsen stetig vom 25. bis zum 55. Jahre und nehmen dann nur langsam ab.

Die Widerstandskraft eines an Lippenkrebs Erkrankten gegen das Fortschreiten des Carcinoms erreicht ihren Höhepunkt in der 2. Hälfte der 40er Jahre.

4) (35% —) 75% der lippenkrebskranken Männer beschäftigt sich mit »Bodenbenutzung und Thierzucht«.

5) Der Heredität, dem Genuss von Taback und Alkohol kann ich keine ätiologische Bedeutung zuerkennen; eher dagegen Verletzungen der Lippe.

6) Die krebsige Infektion der Lymphknoten kann schon (weit früher als die des Kiefers) erfolgen, wenn die Lippengeschwulst erst Haselnussgröße erreicht hat; auch »kleine, undeutlich fühlbare Lymphknoten« können carcinös sein.

Der Kiefer kann schon nach $^1/_4$jährigem Bestehen des primären Carcinoms afficirt sein; nach $^3/_4$ Jahren ist er es ziemlich häufig.

7) und 8) Kieferinfektion schließt definitive Heilung fast vollkommen aus. Eingreifendere Kieferoperationen sind am besten zu unterlassen.

Krebs der Lymphknoten verschlechtert die Prognose erheblich.

Der größeren Ausdehnung der Lippengeschwulst entspricht eine geringe Verschlechterung der Prognose.

Bei einem Recidiv ist die Wahrscheinlichkeit, gesund zu werden etwa eben so groß wie die, ein zweites Recidiv zu bekommen.

Das Erysipel ist ohne günstigen Einfluss auf den Krebs.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

14) **O. Römer.** Zahnhistologische Studie. 1. Theil: Die Kölliker'schen Zahnbeinröhrchen und Tomes'schen Fasern. 2. Theil: Nerven im Zahnbein.

Freiburg i/Br., **Friedrich Ernst Fehsenfeld,** 1899. Mit 8 Taf.

Seit den bahnbrechenden Untersuchungen von Kölliker und Tomes über die Histologie der menschlichen Zähne ist keine das gleiche Thema behandelnde Arbeit von ähnlicher Bedeutung veröffentlicht worden, wie die vorliegende zahnhistologische Studie R.'s. Gestützt auf 297 Schliff- und 2669 Schnittpräparate, die zum Theil allerersten Ranges sind, erscheint Verf. geradezu als Reformator der Histologie der Zähne. — Im 1. Theil seiner Arbeit führt R. den Nachweis, dass die von John Hunter 1856 beschriebenen Fibrillen keine neuen Gebilde sind, sondern völlig identisch mit den von Kölliker 1854 beschriebenen Zahnbeinröhrchen. Als weitere wichtige Thatsache geht aus den Untersuchungen R.'s hervor, dass die dentinal tubes von Tomes mit den Kölliker'schen Zahnbeinröhrchen gar nichts zu thun haben, sondern nichts anderes sind, als die durch Entkalkung künstlich erzeugten röhrenförmigen Lücken der Zahnbeingrundsubstanz, aus welcher die Tomes'schen Fasern, oder, was dasselbe ist, die Kölliker'schen Röhrchen durch Maceration mechanisch und chemisch isolirt werden können. — Im 2. Theil seiner Arbeit ist es R. gelungen, die bis heute strittige Frage, ob die Empfindlichkeit des Zahnbeins durch sensible Nervenfasern bedingt wird, oder nicht, in positivem Sinn zu lösen, indem er den Eintritt der aus der Pulpa zwischen die Odontoblasten einstrahlenden Nervenfasern in die Zahnbeinröhrchen zum ersten Mal mit Sicherheit konstatirte. Die Resultate der außerordentlich fleißigen Arbeit fasst R. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Tomes'schen Fasern, welche bisher als Inhalt der Kölliker'schen Zahnbeinröhrchen angesehen wurden, bilden nicht den Inhalt dieser Röhrchen, sondern sind Inhalt und Wandung (Neumann'sche Scheide) zusammengenommen, sind also mit den Kölliker'schen Zahnbeinröhrchen völlig identisch.

2) Die Odontoblastenfortsätze bilden von dem Punkt an, wo sie in das Zahnbein eintreten, die Wand der Kölliker'schen Röhrchen, (die Neumann'sche Scheide).

3) Die Nerven der Pulpa durchdringen als marklose Fasern die Zwischenräume zwischen den Odontoblasten, gelangen in die Zone

zwischen Odontoblasten und Zahnbein und dringen hier in das Innere der Zahnbeinröhrchen ein.

4) Ein großer Theil der Zahnbeinröhrchen erweitert sich an der Schmelzzahnbeingrenze zu eigenthümlichen, theils spindel-, theils kolbenförmigen Gebilden, die hauptsächlich zahlreich um die Spitzen der Zahnbeinhöcker angeordnet sind, und in welchen an gut konservirten Schliffen kleine rundliche oder größere ovale Körperchen wahrzunehmen sind, die sich häufig rosenkranzartig an einander reihen und mit Goldchlorid intensiv roth färben lassen.

5) Die kleinen Körperchen im Innern der kolbenförmigen Erweiterungen der Zahnbeinröhrchen können mit großer Wahrscheinlichkeit als Endkörperchen der sensiblen Nerven des Zahnbeins analog den Endkörperchen der sensiblen Nerven der Haut- und Schleimhautpapillen angesehen werden. **Boennecken** (Prag).

---

15) **W. Menke.** Schilddrüse und Myxödem.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 51.)

Eine ungemein sorgfältige und ausführliche Studie über das Verhalten der Schilddrüse bei Myxödem, deren Resultat M. in Folgendem zusammenfasst:

1) Die äußere Untersuchung und die Sektionsprotokolle ergaben, dass eine Schilddrüsenerkrankung regelmäßig bei Myxödem vorhanden ist, dass sie aber auch bei dem physiologischen Zustand der Senilität als regelmäßige Begleiterscheinung auftritt und auch als häufiger Gelegenheitsbefund bei Obduktionen jüngerer Individuen gefunden wird.

2) Bei den Krankheiten der Schilddrüse, die einen Schwund der Drüsensubstanz herbeiführen, ist bisher Myxödem als Folgezustand nicht beobachtet.

Bei Durchsicht der Litteratur konnte M. keinen Fall von reinem Myxödem finden, bei dem zuerst die Schilddrüsenerkrankung sichergestellt und dann der typische Symptomenkomplex eingetreten wäre, abgesehen von der Totalexstirpation der Schilddrüse mit postoperativem Myxödem. Nachdem es statistisch feststeht, dass nach Totalexstirpation nicht in jedem Falle Myxödem einzutreten braucht, so kann nach M.'s Ansicht die Schilddrüse auch nicht die Ursache des Myxödems sein, oder es müssten ihre Funktionen von einem anderen Organ übernommen werden. Diesbezügliche Untersuchungen sind bisher sämmtlich ergebnislos geblieben.

Als häufiger Befund fiel M. bei seinen Untersuchungen die Kapillarenerkrankung und die bei den Leicheneröffnungen festgestellte Arteriitis mit atheromatöser, ja bisweilen auch amyloider Entartung mit kleinen Hämorrhagien in die Gefäße auf. Es würde die Gefäßerkrankung, als das Primäre oder als Folge einer Ernährungs- und Stoffwechselstörung, nach M.'s Auffassung die myxödematösen Symptome ungezwungen erklären. M. hält es daher für nothwendig,

dem Gefäßsystem bei künftigen Untersuchungen eine größere Aufmerksamkeit als bisher zuzuwenden. **Gold** (Bielitz).

---

16) G. Avellis. Was ist der sogenannte typische inspiratorische Stridor der Säuglinge?

(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 2.)

An der Hand der in der Litteratur niedergelegten Fälle und einer Anzahl eigener Beobachtungen beantwortet Verf. die vorliegende Frage dahin, dass der chronische Stridor der Kinder bei Ausschluss von Kehlkopferkrankungen nicht durch eine corticale Neurose, sondern durch eine einfache anatomische Stenose, meist verursacht durch Thymusdruck auf die Trachea, zu erklären sei. Er schlägt desshalb die Bezeichnung Tracheostenosis thymica dafür vor und weist nachdrücklich auf die Operationserfolge von Rehn und König hin, welchen es gelang, durch Emporziehen der Thymus und Fixirung an der Fascie über dem Brustbein mit oder ohne Exstirpation eines Theils der Drüse die Gefahr der Erstickung zu beseitigen.

Teichmann (Berlin).

---

17) R. Krieg. Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage, auf welchem Wege die Tuberkulose in den Kehlkopf eindringt.

(Archiv für Laryngologie Bd. VI. Hft. 3.)

Unter 700 Fällen von Kehlkopftuberkulose eigener Beobachtung fand Verf. 49,3% einseitiger und 60,7% nicht einseitiger Erkrankung. Von den einseitigen Tuberkulosen waren 91,6% mit der befallenen Lungenseite korrespondirend. Verf. meint nun, dass für diese einseitig korrespondirenden Kehlkopftuberkulosen eine Entstehung vom Luftrohr aus durch das Sputum oder durch Inhalation in der Regel auszuschließen sei, dass sie vielmehr auf dem aufsteigenden Lymphweg entstehen. Für die übrigen Fälle macht er geltend, dass sie meist auch einseitig begonnen haben und höchst wahrscheinlich auch korrespondirend mit der Seite der Lungenerkrankung; damit sei aber die Infektion durch Inhalation und Sputum für die bei Weitem meisten Kehlkopftuberkulosen ausgeschlossen, vielmehr die Infektion auf dem Cirkulationsweg als Regel zu betrachten. Man wird nicht leugnen können, dass diese auch von anderen Autoren, wie v. Ziemssen und Baumgarten, festgehaltene und durch pathologisch-anatomische Thatsachen gestützte Anschauung durch die sorgfältigen klinischen Beobachtungen des Verf. eine werthvolle Bekräftigung erfährt. **Teichmann** (Berlin).

---

18) F. Henke. Heilversuche mit dem Behring'schen Diphtherieheilserum am Meerschweinchen.

(Festschrift zum 25jährigen Jubiläum von Prof. Ponfick, Breslau, 15. Januar 1899.)

Bereits auf der Naturforscherversammlung in Braunschweig hatte H. die Ergebnisse von Heilversuchen mit dem Behring'schen Serum

bei diphtherisch inficirten Meerschweinchen kurz mitgetheilt. Die vorliegende Arbeit bringt die genaue Anordnung der vorgenommenen Versuche und deren Protokolle.

Von 3 inficirten Thieren wurden 1 mit Serum (No. III, 1400 Einheiten) behandelt, das 2. mit gewöhnlichem Rinder- oder menschlichem Serum, das 3. gar nicht. Gegenüber Liebreich und Kassowitz ließ sich bei den inficirten Thieren eine Heilwirkung des Behring'schen Serums unverkennbar feststellen; die so behandelten Thiere blieben am Leben, während die Kontrollthiere unter den charakteristischen Erscheinungen verstarben. Die Heilwirkung des Serums beschränkte sich nur auf die ersten 20 Stunden nach der Inficirung der Thiere; die später injicirten wurden nicht mehr beeinflusst.

Gross (Altona).

---

19) **v. Zander** (Berlin). Das Orthoform in der Laryngologie.

(Charité-Annalen XXIII. Jahrg. p. 495.)

Das Orthoform hat sich für Geschwüre im Kehlkopf, am Gaumen und im Rachen als sicher wirkendes Anästheticum bewährt; die Wirkung hielt 5—12 Stunden an, trat aber sofort schon nach 2—5 Minuten ein, und zwar ohne dass wie bei Hautgeschwüren, eine mehrere Minuten anhaltende Schmerzhaftigkeit vorausgegangen wäre. Bedingung für die vollständige Wirkung ist, dass das Pulver mittels des Pulverbläsers auf die ganze Geschwürsfläche gelange. Es wurde auf der Fränkel'schen Klinik für Halskrankheiten nur das schwer lösliche basische Präparat angewendet. Die prompt anästhesirende Wirkung ist gerade für Halskranke und besonders für tuberkulöse Geschwüre von hohem Werth, obgleich eine günstige Einwirkung auf die Heilung des Vorgangs niemals beobachtet wurde.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

20) **K. Ssapeshko.** Zur Lungenchirurgie und Diagnostik der pleuralen Verwachsungen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 1. [Russisch.])

S. empfiehlt einen einfachen Apparat zur Diagnose und Hervorrufung pleuraler Verwachsungen. Derselbe besteht aus einer U-förmigen Glasröhre, deren beide Schenkel mit physiologischer NaCl-Lösung gefüllt sind; ein Schenkel steht mittels einer Gummiröhre in Verbindung mit einer stumpfen Hohlnadel, die 1—2 mm vom Ende entfernt eine seitliche Öffnung besitzt. Wird die Nadel (nach vorherigem Durchstechen der Haut mit einem Messer) in die Pleura eingeführt, und ist letztere nicht verwachsen, so beginnt die Flüssigkeit im betreffenden Schenkel der Glasröhre bei der Inspiration zu steigen (wie im Manometer). Sind Verwachsungen vorhanden, so fehlt dieses Steigen der Flüssigkeit. — Dieselbe Nadel empfiehlt S. auch zur Hervorrufung fehlender Verwachsungen. Auf Grund von Thierexperimenten schlägt er folgende Methode vor: 3—4 Finger breit über der Stelle der gewünschten Verwachsung werden durch

die Nadel 5—10 Tropfen einer 5%igen Cocainlösung und nach 2—3 Minuten 5—6 Tropfen einer 1—2%igen Formalinlösung eingeführt. Nach 5—7 Tagen sind die gewünschten Verwachsungen fertig. — Muss die Operation früher gemacht werden, so werden beide Pleurablätter, die locker verwachsen sind, vorläufig an einander genäht. — Verf. beschreibt mehrere Fälle von Pneumotomie:

1) 25jährige Frau, Lungengangrän nach Pneumonia crupoea. Bei der Operation kam S. 5 cm tief ins Lungengewebe, ohne einen Hohlraum zu finden; mit dem Finger fand er, dass die Wunde schon 1 cm hinter diesen Hohlraum vertieft war und letzterer unbemerkt blieb, da er keinen Eiter, sondern nur ein Stück abgestoßenes Lungengewebe enthielt. Heilung. — 2) 40jähriger Mann, beginnende Lungengangrän nach krupöser Pneumonie, septische Symptome. Operation: Resektion der IV. Rippe in der linken Achselhöhle, lockere Verwachsungen, Naht der Pleurablätter. Höhle 3 cm tief, zieht 15 cm weit nach hinten unter das Schulterblatt und enthält 3 walnussgroße Stücke Lungengewebe. Heilung nach 8 Wochen. — 3) Lungenabscess nach Schussverletzung, 18jähriger Mann. Einschuss unter dem rechten Schlüsselbein. Resektion der VI. und V. Rippe in der Axillarlinie, wobei der Abscess in die Bronchien durchbricht; daher ganz leichtes Narkotisiren; 2 cm tief im Lungengewebe gelangte S. in die Höhle und entleerte 1 Liter Eiter. Heilung nach $5^1/_2$ Wochen. — 4) 12jähriger Knabe mit Diagnose: Pyothorax. Bei der Operation zeigt sich die Pleura verwachsen, und der Eiter bricht in die Bronchien durch; die Höhle wird 1 cm tief im Lungengewebe gefunden. Heilung. — 5) und 6) 2 Fälle von Lungenkaverne bei Tuberkulose, wobei der Eiter unter einer Rippe hervorkam und Rippencaries vortäuschte. Erst bei der Operation zeigte sich die wahre Natur des Leidens. Eröffnung der Kaverne, Ausschabung mit dem Löffel und Tamponade führte bald zum Verschluss. Es handelte sich um eine 25jährige Frau und einen 36jährigen Mann. — 7) 22jährige Frau, leidet $^1/_2$ Jahr an Bronchiektasie. Resektion der 7.—8. Rippe links hinten; 2—3 cm tief traf S. eine haselnussgroße Ektasie. Wegen Hustens wurde die Operation unterbrochen und erst nach 10 Tagen zu Ende geführt. Nach vorherigen Probepunktionen wurden noch 3 Höhlen gefunden, und so gelangte S. 5—6 cm tief, bis der Finger deutlich die Herzstöße verspürte. Heilung, die $3^1/_2$ Jahre anhält; nur bei Erkältung treten Exacerbationen auf. — Ferner bringt S. einen Fall von subphrenischem Abscess, der sich durch die Bronchien entleerte; die Diagnose konnte dadurch gestellt werden, dass man deutlich das Geräusch der Luft in der langen Fistel hörte, und desto mehr amphorisch je näher zum Abscess. Eröffnung unten transpleural (Pleurablätter waren verwachsen); Heilung.

Zum Schnitt im Lungengewebe bedient sich S. des Messers und niemals des Paquelins, da die Blutung leicht zu stillen ist, und der Schorf nur das Operationsgebiet verdeckt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der chirurg. Abtheilung des gouv. Landschaftskrankenhauses zu Samara.)

Zwei Fälle von hämorrhagischem Lungeninfarkt nach Radikaloperation freier Leistenbrüche.

Von

Dr. med. **Johannes Dsirne** in Samara.

In No. 7 des Centralblattes für Chirurgie a. c. veröffentlicht Herr Prof. Dr. Carl Bayer einen Fall von Radikaloperation einer freien Hernie, komplicirt mit

hämorrhagischem Lungeninfarkt. Autor hebt in kurzen Zügen das Wesentlichste über die Ursache der Pneumonien nach Befreiung eingeklemmter Brüche hervor und weist auf den Umstand hin, dass bisher noch kein Fall von erwähntem Infarkt nach Radikaloperation mobiler Hernien bekannt gegeben sei. — Ich möchte mir daher erlauben, die spärliche, nur aus einem Falle bestehende Statistik um 2 weitere ähnliche Fälle zu bereichern. — Beide Male führte ich die Radikaloperation bei vollkommen freien Leistenhernien aus. — Das eine Mal führte die nach der Operation eintretende embolische Pneumonie zu tödlichem Ausgang, das andere Mal trat nach Ablauf dieser Komplikation völlige Genesung ein.

Fall I. J. G., 63 Jahre alt, laborirt seit 8 Jahren an einem rechtsseitigen Leistenbruch, der sowohl den ganzen Leistenkanal ausdehnt und vorwölbt, als auch bis in das Skrotum hinabreicht und dort eine kindskopfgroße Geschwulst bildet. Die Hernie lässt sich ohne Schwierigkeit in Horizontallage des Pat. zurückbringen. Im Übrigen ist G. vollkommen gesund. — Nach der üblichen 4tägigen Vorbereitung wird zur Radikaloperation des Bruches geschritten. Operation nach Kocher — Invagination des Sackes und Fixirung des Stumpfes auf der Außenfläche der schrägen Bauchfascie jenseits der inneren Öffnung des Leistenkanals. — Nahtmaterial ausschließlich Seide. Keine versenkten Nähte, außer den Fixationssuturen für den Bruchsackstumpf, Verengerung des Leistenkanals durch tiefgreifende, außen geknotete und die Wunde schließende Seidennähte. Bei Ablösung des Plexus vom Bruchsack werden 3 kleine Venen eingerissen und unterbunden. — Am Abend des Operationstages stieg die Temperatur bis auf 36,9, um am nächsten Morgen wieder zur Norm zurückzukehren, Nachts trat Husten auf, in der rechten hinteren Subscapulargegend lassen sich Rasselgeräusche wahrnehmen; Abendtemperatur 37,8. — Am 3. Tage p. o. Morgentemperatur normal, Abends 37,4, Husten bedeutend stärker, Rasselgeräusche auch linkerseits unter dem Schulterblattwinkel, rechterseits abgeschwächtes Athmen; im grünlich verfärbten Auswurf zeigt sich blutige Streifung. Am 4. Tage Temperatur Morgens und Abends 37,5, Puls sehr frequent (120), rechts hinten deutliche Dämpfung und bronchiales Athmen; links hinten ebenfalls Dämpfung und stark abgeschwächtes Athmen, fortwährender schmerzhafter Husten, Sputum sehr reichlich, von grünlicher Farbe und mit dunkelrothgefärbten Blutgerinnseln untermischt; Athemnoth. Vom 5.—9. Tage p. o. schwankt die Temperatur zwischen 37,6 und 38,2, der Husten nimmt an Intensität eher zu als ab, Stiche bei Athembewegung in der rechten Thoraxseite, Auswurf reichlich und mit den erwähnten Blutgerinnseln untermischt. Diese Gerinnsel verschwinden nach 3 Tagen und machen einem sehr reichlichen, grünen Sputum Platz; perkutorisch und auskultatorisch Status idem, extreme Athemnoth, Puls sehr klein und rasch, hin und wieder Delirien. Am 9. Tage Abends 39,0, am 10. Tage Morgens 39,2, hochgradige Herzschwäche, Lungenödem, Koma und Tod.

Das Operationsfeld wurde am 3. Tage p. o. besichtigt und dort keinerlei beunruhigende Veränderungen gefunden, am 8. Tage Nähte entfernt, Heilung der Wunde per primam intentionem.

Fall II. A. S., 50 Jahre alt, trat in die chirurgische Abtheilung ein am 29. Januar 1899 mit einer rechtsseitigen mobilen Leistenhernie. Dieselbe hatte sich vor 3 Jahren nach Heben einer schweren Last gebildet, trat in den Hodensack hinab und erreichte schließlich Kindskopfgröße. Sonst Alles normal. Nach 4tägiger Vorbereitungskur — Radikaloperation nach Kocher — Verlagerung des Bruchsacks jenseits der inneren Leistenkanalöffnung, Fixirung des Sackstumpfes auf der Fasc. obliq. ext. Hierauf versenkte fortlaufende Kanalnaht aus Katgut, Schluss der Wunde vermittels tiefgreifender Seidennähte. Bei Isolirung des Bruchsackes mussten einige kleine, von demselben zum Plexus hinziehende Venen unterbunden und durchschnitten werden. — Am Abend des Operationstages stieg die Temperatur bis auf 38,5, leichter Husten, »Stechen« in der rechten Thoraxseite, leichte Rasselgeräusche rechts unten in der Axillarlinie. Am 2. Tage p. o. Morgens 37,6, Abends 38,3, Puls frequent (100) aber kräftig, Husten bedeutend stärker reichlicher, grünlicher Auswurf, rechts unten in der mittleren Axillarlinie Dämpfung

Athemgeräusch sehr abgeschwächt. Am 3. Tage Morgens 37,6, Abends 38,4, Husten fast ununterbrochen, im reichlich abgesonderten Sputum mehrere Blutgerinnsel von rother Farbe, Athemnoth, Dämpfung noch deutlicher, bronchiales Athmen. Am 4. Tage Status idem. Vom 5.—12. Tage Temperatur zwischen 37,3 und 38,4 — kein Blut mehr im Auswurf, Athemnoth geschwunden, die Dämpfung nimmt ab. 13.—25. Tag p. o. — Pat. erholt sich rasch, der Husten schwindet, Temperatur normal. — Als die Nähte am 9. Tage entfernt werden, scheint prima intentio eingetreten zu sein, doch schon am folgenden Tage röthet sich am unteren Wundwinkel eine kleine umschriebene Partie, wölbt sich etwas vor und bricht am 11. Tage p. o. auf — es entleert sich etwa $^1/_2$ Theelöffel voll Eiter und 2 aufgefaserte Katgutreste. Von nun ab granulirt die Wunde gut, und S. wird am 26. Tage geheilt entlassen.

Wie Prof. Bayer in dem von ihm veröffentlichten Falle, so bin auch ich in meinen beiden Fällen geneigt, die Schuld an der Infarcirung der Lungen einer Verletzung und Unterbindung einiger kleinen, vom Bruchsack zum Plexus hinziehenden Venen zuzuschreiben. Eine andere Ursache, als Wegschwemmung von Thromben aus diesen Gefäßen und Ablagerung dieser Pfröpfe in gewissen Gebieten kleiner und kleinster Lungenarterien, kann ich mir nicht gut vorstellen. — Allerdings muss ich hier gleich hinzufügen, dass ich damit natürlich nicht gesagt haben will, eine jede Venenverletzung resp. Unterbindung im Bereich des Plexus führe unbedingt zu Lungenembolie; ich muss vielmehr darauf hinweisen, dass fast in der Hälfte meiner Radikaloperationen (über 60 Fälle) bei nicht eingeklemmten Brüchen während der Ablösung des Plexus vom Bruchsack einige kleine Venen verletzt und unterbunden worden sind, ohne hämorrhagische Infarkte der Lungen veranlasst zu haben. Nichts desto weniger kann ich mich nur voll und ganz der Ansicht des Herrn Prof. Bayer anschließen, welcher auf diese bisher so wenig beachtete Gefahr der Lungenembolie nach Radikaloperation von Brüchen hinweist und eine Gefäßverletzung bei Isolirung des Venenplexus vom Bruchsack möglichst zu vermeiden räth.

---

21) Congrès français de chirurgie. Douzième session, tenue à Paris du 17. au 22. Octobre 1898.

(Revue de chir. 1898. No. 12. [Supplement.])

(Schluss.)

Chibret (d'Aurillas): Exstirpation d'un gros polype naso-pharyngien, par la méthode de Doyen.

Die Geschwulst reichte bis in die rechte Nasen- und Augenhöhle und konnte nach der Doyen'schen Methode auf natürlichem Wege (Rugination des Stiels und Ausreißung) und unter Zuhilfenahme eines äußeren Schnitts im Niveau des unteren Augenlids leicht, wenn auch unter erheblicher, indess nach der Exstirpation sofort sistirender Blutung, entfernt werden. C. bediente sich dabei außerdem noch der Kehlkopfintubation nach Doyen's Empfehlung.

Ceci (Pisa): Nouveau procédé opératoire pour la constriction cicatricielle des machoires.

Das Verfahren besteht in der Bildung zweier »Lambeaux géno-massétericus«, Excision aller Verwachsungen zwischen den Kiefern, gewaltsamer Dilatation derselben und Einpflanzung zweier Hautmuskellappen aus der Stirn mit Stiel in der Schläfengegend; über denselben werden die zuerst gebildeten Lappen fixirt.

Faure (Paris): Traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose spino-faciale.

Die Anastomosenbildung erfolgt zwischen peripherem Facialisende und dem an der Eintrittsstelle in dem Sterno-mastoideus freigelegten äußeren Ast des N. spinalis-accessorius. In dem von F. operirten Falle war die Operation wegen schon zu langen Bestandes ($1^1/_2$ Jahr) der Lähmung erfolglos.

Coudray (Paris): Torticollis spasmodique; résection du spinal.

Nach C. führt die Resektion des Accessorius eine sehr erhebliche Besserung im Zustand des Kranken herbei und verdient vor allen anderen Operationen (Myomotomien etc.) den Vorzug.

Abadie (Paris): De la section du sympathique cervical. Indications thérapeutiques.

A. besprach die aus Reizung der vaso-dilatatorischen Nerven des Sympathicus hervorgehenden Krankheiten (Glaukom, Morbus Basedowi etc.) in dem Sinn, dass die Durchschneidung des Halssympathicus Heilung derselben herbeizuführen geeignet sei.

Témoin (Bourges) sah nach beidseitiger Resektion des Halssympathicus und der entsprechenden Nervenästchen vorübergehende Besserung, dann aber erhebliche Verschlimmerung der Basedow'schen Krankheitserscheinungen mit schließlichem — nach 3 Monaten — tödlichem Ausgang eintreten. Dagegen hatte er mit der partiellen Thyreoidektomie sehr gute Resultate in 2 Fällen von Basedow.

Calot (Berck-sur-Mer): La guérison des adénites cervicales sans cicatrice.

C. verwirft, so lange die Haut gesund ist, die Exstirpation der Halsdrüsen, sucht letztere durch Injektionen von Chlorzink (1:50) alle 2 Tage, wenn ein Aufenthalt am Meer nicht Rückbildung herbeiführt, zur Erweichung zu bringen und punktirt dann die Abscesse mittels feiner Nadel; die weitere Behandlung geschieht durch Injektionen von Naphthol-Kampher.

Legueu (Paris): L'autoplastie par transplantation du sein.

Zur Deckung des nach Brustamputation zurückgebliebenen ausgedehnten Defekts verschob L. die von 2 Horizontalschnitten aus abgelöste gesunde Brust.

Redard et Lavan (Paris): De l'importance de la radiographie pour le diagnostic et le traitement des déviations de la colonne vertébrale.

R. und L. rühmten den Werth der Radiographie — sur plan dorsal et latéral — für die Diagnose des Malum Pottii, selbst im Beginn der Krankheit; auch über die Ausdehnung der Wirbelaffektion, über die Betheiligung der Nachbarorgane und das Bestehen von Abscessen gaben die Bilder Aufklärung. Verff glauben desshalb, aus letzteren für die Redressementsbehandlung wichtige Fingerzeige entnehmen zu dürfen und konnten sich nach dieser Therapie von ihren Erfolgen, von der Konsolidation der Wirbel in guter Stellung überzeugen. Auch bezüglich der pathologisch-anatomischen Verhältnisse der skoliotischen Wirbelsäule und der Resultate der Behandlung derselben erbrachte die Radiogrophie werthvollen Aufschluss.

Larger (Maison-Laffitte): Avantages de l'ablation du spina bifida dès la naissance.

Vorstellung eines vor 3 Jahren 24 Stunden nach der Geburt operirten Falles von lumbo-sacraler Spina bifida; die Lücke im Knochen hatte sich vollständig geschlossen. Bis auf leichte Parese der Beine ist das Kind gesund und hatte keinerlei nachtheilige Folgen der Operation zu überwinden gehabt. L. empfiehlt desshalb die letztere bald nach der Geburt, bevor es zu Infektion der die Spina bifida bedeckenden Haut gekommen, und hält bei der Möglichkeit spontanen Verschlusses der Öffnung in der Wirbelsäule komplicirtere Eingriffe im frühen Stadium der Operation für entbehrlich.

Frölich (Nancy): Du mal de Pott chez le nourrisson.

F. besprach an der Hand von 26 Fällen die Pott'sche Spondylitis beim Säugling. Bei allen war die Lendenwirbelsäule, bei 22 der 1. und 2. Lendenwirbel ergriffen, das erste Symptom stets Lähmung der Beine (differentiale Diagnose gegen essentielle spinale Lähmung); erst später folgte Buckelbildung. Die Behandlung bestand in Immobilisation der redressirten Wirbelsäule. 4 Kinder starben; 12 sind auch von den Lähmungen geheilt, 10 noch in Behandlung.

Forgue (Montpellier): De l'oesophagotomie intra-médiastinale pour corps étrangers de l'oesophage thoracique.

Der Fremdkörper, eine Kupfermünze (Sou), war dem 8jährigen Kind vor 3 Monaten in die Speiseröhre gerathen; Extraktionsversuche hatten keinen Erfolg gehabt. Wegen Verdacht auf Ulceration der Schleimhaut wurde von ihrer Wiederholung Abstand genommen. Die Skiagraphie bestätigte, dass der Fremdkörper in Höhe des 4. Interkostalraums rechts von der Wirbelsäule saß. F. ging von 14 cm langem Längsschnitt aus, resecirte die 4., 5. und 6. Rippe rechterseits hinten in Ausdehnung von 5 cm, drang auf die Speiseröhre und fühlte Anfangs die Kante der Münze deutlich; bei weiterem Vordringen in die beträchtliche Tiefe von 8 cm wurde jedoch die Speiseröhre immer freier, der Fremdkörper immer weniger tastbar, so dass ein Einschnitt in erstere unmöglich erschien. Wegen Chloroformasphyxie des Kindes musste die Operation abgebrochen werden; Tamponade und Drainage der Wunde. Guter Verlauf. Nach 11 Tagen versuchte F., da die Operationswunde bei eventueller Verletzung der Speiseröhre günstige Drainirung bot, die forcirte Extraktion der Münze durch das vom Mund aus eingeführte Graefe'sche Instrument, in der Absicht, eventuell von der Wunde aus nachzuhelfen. Die Entfernung gelang indess ohne letzteres Hilfsmittel.

F. glaubt, dass das Eindringen von der linken Seite, wozu Quénu und Hartmann ihm gerathen hatten, besser gewesen wäre; die Radiographie hatte ihn falsch geleitet.

Roux: Deux années de chirurgie gastro-intestinale.

R. berichtete über seine wegen Carcinom vorgenommenen letzten 12 Pylorektomien (2 nach Kocher) und 15 Gastroenterostomien mit je 3 Todesfällen und empfahl für letztere Operation die »Gastroentérostomie postérieure en Y avec trois plans de suture«, die er, da er mit ihr bei 24 narbigen Pylorusstenosen keinen einzigen Misserfolg gehabt, an und für sich als einen ungefährlichen Eingriff bezeichnete.

Gallet (Bruxelles): Un procédé rapide de gastro-entérostomie avec jéjunostomie.

Bei den 3 vorgestellten Kranken war die Gastroenterostomia posterior mittels Nähten, die Jejuno-Jejunostomie mittels Murphyknopf ausgeführt worden.

Jordan (Heidelberg): Sur l'emploi du bouton de Murphy dans la clinique de Czerny.

Seitdem der Murphyknopf nicht mehr bei Dickdarmoperationen (3mal Perforation), hier nur die Naht angewandt worden, wurde in der Heidelberger Klinik unter mehr als 100 Fällen kein Misserfolg mehr beobachtet; der Knopf ging im Laufe von 7—8 Tagen, meist aber erst gegen den 20. ab. 83 Gastroenterostomien mit Murphyknopf (63mal wegen Krebs) hatten eine Mortalität von 12,5%; 78mal wurde dabei nach v. Hacker, 5mal nach Wölfler vorgegangen.

Tuffier (Paris): Statistique personelle de soixante-deux cas de chirurgie de l'estomac.

Die Fälle betrafen 50 Gastroenterostomien (16mal wegen Krebs, 6mal wegen Geschwür, 25mal wegen Narbenstenose, 3mal wegen einfacher Dilatation), 9 Pylorektomien (3 †) und 3 Eingriffe zur Lösung von Verwachsungen. Die besten Resultate ergaben die Operationen wegen Narbenstenosen, von denen ein Theil biliären Ursprungs war.

Doyen (Paris): Chirurgie de l'estomac et de l'intestin.

D. beschrieb seine vom letzten Deutschen Chirurgenkongress her bekannten Methoden der Pylorektomie und Gastroenterostomie.

Hartmann (Paris): La suture dans la gastro-entérostomie.

H. wendet zumeist die v. Hacker'sche Methode, die Wölfler'sche nur bei hinterer Verwachsung des Magens und übermäßigem Fettreichthum des Mesocolon an und benutzt hierbei eine mehrreihige Naht, deren Einzelheiten beschrieben

werden. Die erhaltenen Resultate waren gute; nie trat Narbenstenose der angelegten Anastomose ein.

Montprofit (Angers): Gastro-entérostomie.

M. berichtete über die Resultate von 19 derartigen Operationen, mit denen er meist sehr Gutes erreicht hat; 2 Kranke (Carcinom) starben nach der Operation. Die Gastroenterostomien wurden nach v. Hacker 6mal, nach Wölfler 9mal und nach Roux 2mal stets mittels Nähten angelegt, die M. dem Murphyknopf vorzieht.

Guinard (Paris): Ulcères perforants de l'estomac.

G. besprach die Diagnose der Magengeschwürsperforation, die er unter 6 Fällen nur 3mal feststellen konnte; seine Eingriffe waren stets von tödlichen Ausgängen gefolgt. Auch Michaux' (Paris) 3 zu spät operirte Pat. starben. Walther (Paris) fand bei 2 Fällen den Schmerz nicht auf die epigastrische, sondern die Unterbauchgegend lokalisirt; es bestand eine abgesackte subumbilicale Peritonitis als Folge des Geschwürsdurchbruchs. Hartmann (Paris) hat unter 2 Fällen einen durch Operation gerettet.

Bouilly (Paris): Appendicite et annexite.

B. berichtet über 2 eine Entzündung der Uterusadnexe vortäuschende Fälle von Epityphlitis, deren einer ohne Operation starb, während der andere nach dem Bauchschnitt zur Heilung gelangte.

Tédenat (Montpellier): Résection iléo-colique dans la tuberculose à forme néoplasique du caecum et les fistules par ulcération simple.

T. hat die im Titel angegebene Affektion 7mal beobachtet und 6mal durch Resektion (4 dauernd geheilt, 2 †) und laterale Enteroanastomose behandelt.

Quénu: Extirpation abdomino-perinéale du rectum.

Die in 4 Fällen (3mal mit gutem Erfolg) ausgeführte Operation setzt sich zusammen aus folgenden Eingriffen: 1) Mediane Laparotomie mit Unterbindung der beiden Hypogastricae, 2) Durchtrennung der Flexura sigmoidea und Anlegung eines iliacalen Kunstafters, 3) Auslösung des unteren Endes derselben, 4) Exstirpation desselben und des Mastdarms vom Damm aus.

Duret (Lille): Tumeurs opérables de la vésicale biliaire.

Mittheilung eines Falles von großem, mit Colon transversum, Magen, Leber und Netz fest verwachsenen Carcinom der Gallenblase, das durch Exstirpation und Ausschneidung cirrhotischen Lebergewebes mit nachfolgender Naht der Leberwunde erfolgreich behandelt wurde. Bis jetzt andauernde Heilung.

Masse (Bordeaux): Cholécystogastrostomie.

M. berichtete über seine an Hunden ausgeführten Cholecystogastrostomien; die Thiere blieben bei normaler Verdauung gesund. M. empfahl auf Grund günstiger Erfolge beim Menschen die Operation für Fälle von totalem Choledochusverschluss und wies darauf hin, dass nach diesen seinen Beobachtungen alle Modifikationen der Gastroenterostomie, die den Zweck hätten, den Galleneinfluss in den Magen zu verhüten, überflüssig seien, da dieses Ereignis durchaus unbedenklich sei.

Délagénière (Le Mans): Chirurgie des voies biliaires. Nécessité du drainage par les voies bilaires accessoires dans les opérations pratiquées, aussi bien sur les voies biliaires principales que sur les voies biliaires accessoires.

D. berichtete über die in 10 Fällen mit der im Titel angegebenen Drainage der Gallenwege nach verschiedenen Operationen an diesen erreichten Resultate (1 †).

Houzel (Boulogne sur-Mer): Gangrène herniaire; entérectomie suivie d'entérorrhaphie circulaire.

H. befürwortete erneut die Darmresektion und -naht bei brandigen Brüchen und sprach sich für die Anlegung eines künstlichen Afters nur in den Fällen aus, in denen Pat. kollabirt, eine Peritonitis besteht oder die äußeren Bedingungen für die erstere Operation allzu ungünstig seien.

Delaunay (Paris): Sur un procédé opératoire de la hernie ombilicale.

D. empfahl Umschneidung des Bruches, Isolirung des Nabelringes, Eröffnung des Sackes, Reposition seines Inhalts nach Lösung von Verwachsungen, danach Radikaloperation.

Walther (Paris): De la cure radicale des éventrations sus-ombilicales.

In einem Falle von sehr umfangreicher Eventration gelang es W. durch Mobilisation des M. obliquus und des M. rectus der anderen Seite den ausgedehnten Bauchwanddefekt zu schließen und eine feste Wand herzustellen. (Vgl. hierzu das vom Ref. vor 3 Jahren im Archiv für Chirurgie Bd. LII beschriebene analoge Verfahren. Ref.)

Pouillet (Lyon): Nombreuses opérations de cure radicale de hernie sans ablation du sac, même chez les vieillards.

P. betonte auf Grund vorzüglicher Resultate die Entbehrlichkeit der Abtragung des Bruchsackes bei Radikaloperationen; durch derartige Vereinfachung des Eingriffs werde die Operation gänzlich ungefährlich und selbst bei Greisen leicht ausführbar, eine längere Bettruhe nach der Operation überflüssig (s. Ref. Abhandl. im Archiv für Chirurgie Bd. L).

Vautrin (Nancy): Du lymphangiome caverneux du mésentère.

Der mitgetheilte Fall betraf eine 30jährige Frau mit Ascites und Bauchgeschwulst, die beim Bauchschnitt sich als aus verlötheten Darmschlingen und dem verhärteten Mesenterium bestehend erwies und eine Darmresektion (50 cm) mit Naht und Excision des letzteren nothwendig machte. Das ausgeschnittene Stück stellte sich mikroskopisch als ein kavernöses Lymphangiom dar, das auf die Darmwand übergegriffen hatte.

Demons (Bordeaux): Conduite à tenir dans certaines hématuries rénales, dites essentielles, rebelles au traitement médical.

D. empfahl die Nephrotomie ohne nachfolgende Naht der Nierenwunde, für die Fälle, wenn der Sektionsschnitt der Niere keinerlei Veränderungen erkennen ließ, die Nephrektomie dagegen beim Nachweis solcher. Picqué (Paris) sprach sich sehr entschieden gegen letztere aus, da beim Bestehen von Veränderungen dieselben gewöhnlich beide Nieren (Morbus Brightii) betreffen.

Lavaux (Paris): Uréthrite tuberculeuse suivie de généralisation de la tuberculose après une intervention chirurgicale.

Das im Titel bezeichnete Ereignis der Verbreitung der Tuberkulose auf Prostata, Damm etc. war nach Höllensteineinträuflung eingetreten.

Moulonguet (Amiens): Flexion de la main sur l'avant-bras consécutive à une brûlure étendue. Rédressement sanglant.

Da sich bei dem mehrere Jahre vorher verunglückten Kinde nach Entfernung alles narbigen Gewebes die Richtigstellung der Hand und Finger wegen Verkürzung der Sehnen und Muskeln unmöglich erwies, resecirte M. das Handgelenk und konnte dadurch die Streckung leicht herbeiführen; der Defekt der Haut wurde durch einen von der vorderen Brust- und Bauchwand entnommenen, 26 cm langen und 12 cm breiten Lappen gedeckt. Heilung mit guter Funktion des verkürzten Arms, der Hand und Finger.

Redard et Bezançon (Paris): Du traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little.

R. und B. zeigten die in 30 chirurgisch und orthopädisch behandelten Fällen der Little'schen Krankheit erreichten Resultate, die um so günstiger waren, je weniger das Gehirn betheiligt, je normaler die Intelligenz geblieben war. Bei 10 wurden ausgezeichnete Erfolge, bei 15 wesentliche Besserungen, bei 5 nur geringe erzielt.

Mauclaire (Paris) et Prévot (Chauny): Luxations bilatérales et traumatiques de la hanche.

Die schwere Verletzung kam in dem beschriebenen Falle dadurch zu Stande, dass Pat. ein gegen das seinige anfahrendes Schiff mit den Knieen zurückzustoßen versuchte, wobei er nach hinten umschlug. Die Reposition der symmetrischen Hüftverrenkungen (? Art. Ref.) gelang durch direkten Zug.

Girard (Bern): Sur la désarticulation interilio-abdominale.

G. hat die von ihm bereits auf dem 1895er Kongress, wie vorher schon von Billroth etc. beschriebene Operation noch in 3 anderen Fällen ausgeführt (1 †, 2 geheilt); dazu kommen noch 5 aus der Litteratur, von denen indess nur 1 geheilt wurde, so dass also unter 8 in 3 (1mal bei Coxitis tub., 2mal bei Sarkom) Gutes erreicht worden ist. G. erachtete hiernach die Operation für vollberechtigt und sprach sich zu Gunsten des von ihm bei ihr eingeschlagenen Verfahren aus.

Péraire et Mally (Paris): Des formes cliniques et anatomo-pathologiques de la métatarsalgie (névralgie de Morton) et de son traitement chirurgical par la résection des têtes mêtatarsiennes.

Durch Radiographie konnten P. und M. als Ursache der Metatarsalgie eine Subluxation der deformirten — Ostitis condens., wahrscheinlich chronisch rheumatischen Ursprungs — Metarsalköpfchen feststellen und durch Resektion derselben Heilung herbeiführen. **Kramer** Glogau.

22) **Tubenthal** (Königsberg). 3 Fälle von offenen Schädelbrüchen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1899. Hft. 1.)

T. berichtet über 3 schöne Erfolge aktiver Behandlung offener Schädelbrüche. Namentlich Fall II bietet in so fern ein erhöhtes Interesse, als der Zustand der Weichtheilwunde zunächst die Wiedereinpflanzung der deprimirten und daher abgemeißelten Knochenplatte nicht gestattete. Dieselbe wurde in physiologischer Kochsalzlösung aufbewahrt, am nächsten Tage nach Besserung des Aussehens der Wunde mit Jodoformgaze abgerieben, mit ihren ausgezackten Rändern in die entsprechenden Stellen der Knochenlücke zur theilweisen Ausfüllung derselben genau eingefügt und mittels Jodoformgaze, welche den Rest der Lücke ausfüllte, festgehalten. Das Knochenstück heilte vollständig ein, und war die Stelle desselben äußerlich merkwürdigerweise durch vollkommenen Haarschwund in seiner Ausdehnung angedeutet; die Kopfhaut darüber wenig verschieblich.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

23) **T. Oliver and G. O. Williamson.** Cerebral tumours successfully removed by operation.

(Brit. med. journ. 1898. November 26.)

Im 1. Falle handelte es sich um einen 34jährigen Mann, der seit 2 Jahren an Kopfschmerzen und Schwindel litt. — Vor 11 Wochen Fall auf den Kopf und daran anschließend Bewusstlosigkeit von 3tägiger Dauer, Lähmung des linken Arms und Beins, die nach einigen Tagen wieder verschwanden, nach 4 Wochen unter Erbrechen wiederkehrten; Reflexe erhöht, beiderseits Stauungspapille, Sensibilität herabgesetzt. Trepanation über dem »Rolando'schen Bezirk«. Unter der Dura eine Geschwulst von der Größe einer halben Mandarine, Exstirpation, Drainage, Naht. Heilung. Mobilität im linken Arm und Bein und auch Facialis sehr rasch hergestellt. Mikroskopische Untersuchung ergiebt: Kleinzelliges Rundzellensarkom. Nach 1/2 Jahr Recidiv.

Im 2. Falle war es eine 23jährige Frau, welche seit 1/2 Jahr an Kopfschmerz und Erbrechen litt; Krampfanfall mit Verlust des Bewusstseins mit nachfolgender Lähmung des rechten Arms und Beins und Facialis, Sensibilität herabgesetzt, Reflexe erhöht. Die Trepanation ergab eine ziemlich tief ins Gehirn eindringende Geschwulst im linken motorischen Bezirk. Exstirpation. Beweglichkeit in Arm und Bein zum Theil wiederhergestellt (spastisch-paretischer Gang, Finger in

Krallenstellung). Nach der Operation vorübergehende Aphasie. Mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab ein reines Angiom. **F. Krumm** (Karlsruhe).

24) **Friedenberg.** Exostosis eburnea des Sinus frontalis.

(New Yorker med. Monatsschrift 1898. Oktober.)

Im vorliegenden Falle, der einen 28jährigen Mann betraf, bestand ausnahmsweise ein Enophthalmus, indem die walnussgroße Geschwulst das Auge nach rückwärts gedrängt hatte. Die Geschwulst war mehr als gewöhnlich nach der temporalen Hälfte der Augenhöhle zu gewachsen. Nach Entfernung der vorderen Sinuswand wurde die breit auf der hinteren Wand aufsitzende Geschwulst mit der Knochenzange leicht entfernt. Heilung. Bisher seit 5 Jahren kein Recidiv. Die elfenbeinharte Schale der Geschwulst war 3 mm dick, diese selbst 31 mm lang, 25 hoch und durchschnittlich 24 tief. Zwei beigefügte Photographien zeigen den Pat. vor und nach der Operation. **Tschmarke** (Magdeburg).

25) **Schoetz.** Ein Fall von Rhinosklerom.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 37.)

Ein 21jähriges kräftig gebautes Mädchen klagte über bedeutenden Luftmangel, quälenden Husten und über unangenehmen Geruch aus der Nase, welche Beschwerden sich allmählich entwickelt hatten. Bei der Untersuchung zeigte sich das linke Taschenband geröthet, etwas verdickt und mit dem rechten auf etwa 3 mm narbig verlöthet. Den Grund für die Dyspnoë gab eine Geschwulst ab, die im Bereich des Ringknorpels in Sichelform die hinteren drei Viertheile des oberen Luftröhrenabschnitts verlegte, die das Aussehen einer grauröthlichen Granulationsmasse hatte und mit angetrockneten Sekretmassen bedeckt war. Die Rhinoskopie zeigte im Bereich der rechten mittleren Muschel eine bohnengroße Geschwulst, während im Nasen-Rachenraum sich ein dicker Narbenstrang zeigte, der in Gestalt eines Bogens von einem zum anderen Tubenwulst hinzog. S. entfernte die Luftröhrengeschwulst, wobei es sich zeigte, dass die Luftröhre nach unten hin noch weitere Höcker trug, deren größter, im Umfang eines Kirschkerns, unmittelbar über der Bronchialtheilung saß. Bedeutende Erleichterung nach der Operation. Auch die Geschwulst in der Nase wurde nun bald abgetragen und der mikroskopischen Untersuchung unterzogen, welche das ausgesprochene Bild des Rhinoskleroms ergab. **Gold** (Bielitz).

26) **Warnecke.** Rhinitis pseudomembranacea mit Bildung eines Fibrintumors im Nasen-Rachen.

(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 3.)

Bei einer 31jährigen Frau bildeten sich im Verlauf eines chronischen Entzündungsprocesses der Nase polypöse Hyperplasien an der rechten mittleren Muschel; dieselben trugen an ihrer dem Nasen-Rachenraum zugekehrten Fläche eine fibrinöse Auflagerung, und von der hintersten hing eine walnussgroße Geschwulst frei in den Nasen-Rachenraum herab, welche sich nach Abtragung mit der Schlinge als ganz aus Fibrin bestehend erwies. Das Alter dieses pseudomembranösen Processes war nach der Anamnese auf etwa 2 Jahre zu schätzen. Nach Abtragung der Hyperplasien folgte rasche Heilung ohne Neubildung von Membranen. **Teichmann** (Berlin).

27) **M. Breitung.** Sterile Tupfer für Operationen in Nase und Rachen.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1898. No. 11.)

Zur Bereitstellung steriler Tupfer für Operationen in Nase und Hals empfiehlt B. korkzieherartig gedrehte Glasstäbchen, welche leicht mit Watte armirt und so sterilisirt werden können. Ein Zerbrechen derselben soll beim Gebrauch nicht zu befürchten sein. **Teichmann** (Berlin).

28) J. Joseph. Über die operative Verkleinerung einer Nase (Rhinomiosis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 40.)

J. theilt eine neue Methode der Rhinoplastik mit, welche er bei einem 26jährigen Gutsbesitzer zu dem Zweck in Anwendung brachte, um die an sich vollkommen gesunde, aber durch ihre Größe und Form auffallende Nase in eine unauffällige zu verwandeln. Die Operation zerfiel in 3 Akte. 1) Entfernung der für die zukünftige Nase überflüssigen Hautpartien und Verkleinerung der Nasenlöcher, 2) Abtragung des knöchernen und knorpligen Nasendaches, so weit dasselbe überflüssig erschien und 3) Verkürzung des Nasenseptums durch Hebung der Nasenspitze. Die detaillirte Beschreibung des Operationsverfahrens, welches durch 3 Skizzen veranschaulicht wird, möge im Original gelesen werden. Zwei der Publikation beigegebene Photogramme, vor und nach der Operation, veranschaulichen den schönen Erfolg des Eingriffes. **Gold** (Bielitz).

29) Lichtwitz. 1) De l'exstirpation rapide des pseudo-polypes nasopharyngiens. 2) Un cas de prolapsus double du ventricule de Morgagni guéri par l'ablation. 3) Un cas de sarcome pédiculé de la langue; ablation avec l'anse électro-thermique; guérison. 4) L'orthoforme dans la rhinite vasomotrice (hydrorrhée nasale, fièvre des foins).

Paris, **Masson et Cie,** 1898.

1) Unter Pseudopolypen des Nasen-Rachenraums versteht L. die fibrösen und oft ödematösen, zuweilen auch Fortsätze aussendenden Neubildungen, welche an einem dünnen Stiele in den Nasen-Rachenraum frei beweglich hineinhängen. Die Methode der schnellen Entfernung besteht einfach darin, dass man mit einem durch die Nase eingeführten Lange'schen Haken den dünnen Stiel durchreißt oder mit einer vom Munde aus eingeführten Pincette die Geschwulst erfasst und mit dem Stiele abreißt. Die Blutung soll bei der Dünnheit des Stieles ganz geringfügig sein. Verf. hat 7 Fälle auf diese Weise operirt, über welche er kurz berichtet.

2) Bei einem 39jährigen Seemann bestand ein linksseitiger Vorfall der Ventrikelschleimhaut im Kehlkopf, dessen störendstes Symptom Heiserkeit war. Zwei Monate nach Abtragung desselben bildete sich ein gleicher Vorfall auf der rechten Seite, welcher ebenfalls abgetragen wurde. Zur Adstringirung der Kehlkopfschleimhaut wandte L. Pinselungen mit Nebennierenextrakt an.

3) Bei einer 25jährigen Frau entwickelte sich nach einem Wochenbett auf dem Zungenrücken 2 cm hinter der Spitze und 4 mm links von der Mittellinie eine gestielte Geschwulst bis zu Haselnussgröße von schmutziggrauer Farbe, leicht höckriger Oberfläche und derber Konsistenz. Nach schmerzloser Abtragung mit der Glühschlinge schnelle Vernarbung; seit 2 Jahren besteht die Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Angiosarkom.

4) Wunderbare Dauerheilung eines Heufieberkranken durch einmalige Orthoformeinblasung in die Nase. **Teichmann** (Berlin).

30) Lardennois. Enfoncement du maxillaire supérieur gauche dans le pharynx.

(Bull. de la soc. anat. de Paris. 1898. No. 15.)

Ein Soldat hatte bei einem nächtlichen Kampf einen Schlag in das Gesicht bekommen, der gerade den vorderen Bogen des Oberkiefers traf. Hierdurch wurde der letztere an der Verbindung mit der Gaumenplatte der anderen Seite gelockert und nach hinten getrieben, ohne dass die sonstige Kontinuität des Oberkiefers in irgend einer Weise gestört wäre. Eine Reposition wurde nicht gemacht wegen der Gefahr der Blutung bei forcirter Reposition (Hamilton). Die Heilung erfolgte mit ziemlich beträchtlicher Entstellung des Gesichts. **Borchard** (Posen.)

31) Pacinotti. Di un caso di cancro del labbro metastatico di gangli sotto-mascellari, guarito per intercorrente e accidentale attacco di erisipela.

(Durante's Festschrift.)

Eine 78jährige Bäuerin aus dem Gebirge bei Pistoja, die die Gewohnheit hatte, den Faden des Spinnrockens mit ihrem Speichel anzufeuchten und dabei mit dem Finger über die rechte Seite der Unterlippe zu gleiten, zeigte vor 5 Jahren einen harten, indolenten und scharf umgrenzten Knoten an dieser Stelle der Unterlippe, der unter der Schleimhaut saß und nach einigen Monaten sich in ein mit blutig gefärbtem Schorf bedecktes Geschwür verwandelt hatte. Nach 2 Jahren war die ganze rechte Unterlippe von dem Geschwür eingenommen. Die submaxillaren Lymphdrüsen der rechten Seite waren stark angeschwollen. Um diese Zeit trat ein Erysipel auf, das von dem Geschwür ausging. Als Verf. die Kranke nach 3 Jahren wiedersah, lebte dieselbe nicht nur noch, sondern die Drüsenschwellung war auch verschwunden und das Geschwür in ein Narbengewebe verwandelt. Eine histologische Untersuchung der Geschwulst hat nicht stattgefunden.

Dreyer (Köln).

32) Schwartz. Tumeur de la parotide. Néostomie du canal de Sténon.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 39.)

S. durchschnitt bei Exstirpation eines Fibroadenochondroms der Parotis eines 62jährigen Mannes den mit der Geschwulst innig verwachsenen Speichelausführungsgang. Durch ein in die Wangenschleimhaut ganz nahe dem äußeren Rand des Masseters geschnittenes Loch zog er das centrale Ende des Ganges, fixirte ihn mit 2 feinen Seidennähten und erzielte völlige Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

33) M. M. Kusnetzow. Über die operative Behandlung der Ankylosis mandibulae vera mit Resektion des Gelenkfortsatzes und darauffolgender Verlagerung eines Muskellappens.

(Wratsch 1898. No. 44 u. 45. [Russisch.])

Ein 10jähriges Mädchen litt vor 3 Jahren an Scharlach und Otitis media, worauf sich auf der linken Seite eine Kiefergelenksankylose entwickelte. Pat. kann den Mund nicht öffnen. Rechts lässt sich der Kiefer in geringem Maße verschieben. Nach recht schwieriger Resektion des Gelenkfortsatzes musste noch der hintere Theil des Proc. coronarius entfernt werden; darauf spaltete K. den Kaumuskel und interponirte den medialen Theil ins Gelenk, wo er ihn an den M. pterygoideus ext. annähte. Heilung. Pat. kann den Mund $2\frac{1}{2}$ cm weit öffnen und gut kauen. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

34) X. Delore et A. Pont. Kyste dermoïde suppuré du plancher buccal.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Oktober.)

Der Fall betrifft eine 34jährige Frau, bei der 6 Jahre nach Exstirpation eines Dermoids des Mundbodens ein Recidiv auftrat unter den Erscheinungen einer schweren Phlegmone. Als Gelegenheitsursache für die Infektion konnte außer der infektiösen Nachbarschaft der Mundhöhle nichts ermittelt werden. Incision vom Munde her brachte schnelle Heilung. Die Verff. erörtern bei dieser Gelegenheit die Differentialdiagnose zwischen Glossitis profunda und Phlegmone des Mundbodens und besprechen die Wege, wie dem Eiterherd am besten beizukommen ist.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

35) De la Combe. De l'amygdalite lacunaire latente, enkystée.

(Revue de laryngol. 1898. No. 50.)

Die Affektion, welche unter obigem Namen bei den französischen Ärzten bekannt ist, definirt Verf. als einen Katarrh einer Mandelkrypte, in welcher sich ver-

schiedene Desquamations- und Sekretionsprodukte ansammeln, sich encystiren und zur Bildung von Geschwüren neigen, wenn man nicht eingreift. Sie soll besonders häufig im Alter von 15 bis 30 Jahren vorkommen. Die Cystenbildung soll durch Verlöthung der entzündeten Kryptenränder zu Stande kommen. Verf. beschreibt 2 solche Fälle eigener Beobachtung, in welchen er die Cysten eröffnete und ihren Inhalt histologisch und bakteriologisch untersuchte. Bemerkenswerth ist, dass der flüssige Inhalt sich beide Male als steril erwies, auch keine Eiterkörperchen gefunden wurden. In einem 3. Falle war es bereits zur Geschwürsbildung gekommen. Hier enthielt das Geschwürssekret Staphylococcus aureus und albus.

Teichmann (Berlin).

36) **G. Avellis.** Lipom der Mandel.

(Archiv für Laryngologie Bd. VIII. Hft. 3.)

Bei einem 20jährigen gesunden Mann, der eine langsam wachsende Geschwulst im Halse bemerkt hatte, saß auf der linken nicht entzündeten Mandel dünn gestielt eine haselnussgroße glatte, aber mit mehreren Einschnürungen versehene gelbdurchscheinende Geschwulst von beträchtlicher Härte. Die Abtragung erfolgte ohne Blutung. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Lipom mit wenigen Bindegewebszügen. **Teichmann** (Berlin).

37) **E. K. Ikawitz.** Zur Frage der Halswirbelverletzungen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 1.)

Die Verletzung entstand dadurch, dass Pat. an einer seichten Stelle mit dem Kopf voran ins Wasser sprang und dabei mit Gewalt auf den Grund aufschlug. Keine Bewusstlosigkeit. Es wurde eine unvollständige Beugungsluxation des 6. Halswirbels mit Drehung nach rechts diagnosticirt und unter Narkose durch Extension, Hebelbewegungen (nach (Richet, Hüter) und Beugung reponirt. Nach 4 Tagen findet man aber noch eine Dislokation des 3. Dornfortsatzes nach links und links davon Knochenkrepitation, also noch eine Torsionsluxation des 3. Wirbels mit Bruch des Bogens. Man wartete die Konsolidation ab und reponirte nach 6 Wochen mittels Hebelbewegungen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

38) **A. Dogliotti.** Fibro-sarcoma endotelioide della dura madre spinale.

(Gazz. med. di Torino 1899. No. 2.)

Bei einem 15jährigen Bauer bildete sich eine Paraplegie aller Extremitäten und der Interkostalmuskeln, mit gesteigerten Reflexen und Erlöschen der Berührungs-, Schmerz-, Temperaturempfindlichkeit, ausstrahlenden Schmerzen, Blasenlähmung. Nach dem Verlauf wurde die Diagnose auf eine Geschwulst der Dura mater spinalis in der Höhe des 4. Halswirbels gestellt und die operative Freilegung dieser Gegend veranlasst. Nach Abmeißeln des 3.—5. Bogens fand man die Dura gespannt, konnte aber eine Geschwulst nicht durch sie tasten. Da man die Spaltung der Dura scheute, wurde die Wunde wieder geschlossen. Der Tod erfolgte nach 5 Tagen unter hyperpyretischen Temperaturen. — Die Sektion ergab ein das Mark von hinten komprimirendes Psammom an der freigelegten Stelle. — Verf. weist auf die Möglichkeit hin, dass man nach Spaltung der Dura die Geschwulst leicht hätte entfernen können, andererseits lässt er offen, ob der Tod unter den angegebenen Erscheinungen in Folge der Operation oder nur durch Steigerung der vorhandenen Symptome eintrat. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

39) **Wegner.** Ein Fall von hysterischer Skoliose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 198.)

Eine Beobachtung aus der Poliklinik der Charité. 26jährige Pat., die mit 16 Jahren zuerst Schrei- und Lachkrämpfe hatte, was sich später öfter wiederholte. Nach einer Entbindung vor $1^1/_2$ Jahre blieb Retroflexio uteri zurück, die aber keine wesentlichen Beschwerden machte. Vor $^1/_2$ Jahre bemerkte Pat. zuerst, dass sie schief sei, und zwar war der Körper stark nach links geneigt. Keine

Schmerzen, aber Gefühl von Spannung im Rücken. Die schiefe Haltung verlor sich spontan nach 14 Tagen. Einige Monate später aber Wiedereintritt derselben, doch mit Abweichung nach der anderen Seite. Der 3., jetzt ärztlich beobachtete Skoliosenzustand trat wieder ohne Veranlassung auf. Befund: hochgradige linkskonvexe Lendenskoliose mit kompensatorischer Rechtskonvexität der oberen Brustwirbel. Streckmuskeln der rechten Lende härter als links. Hyperästhesie zwischen rechtem Unterrippenrand und Darmbeinkamm. Nach Bestreichen mit einer indifferenten Flüssigkeit war die Schmerzhaftigkeit geringer, nach abermaligem Bestreichen verschwunden. Unter täglicher Suspension am Kopf wurde die Skoliose allmählich geringer und war nach 8 Tagen verschwunden. Der Suspension war jedes Mal ein ca. 5 Minuten dauernder Anfall von krampfhaftem Schluchzen und sehr beschleunigter Athmung gefolgt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

40) **de Bovis.** Lipomes sacro-coccygiens.

(Presse méd. 1898. No. 5.)

Ein 42jähriger Mann hatte in der Kreuzbeingegend eine flache, große Geschwulst von 15 cm Breite und Höhe, die etwa 4 cm über die Haut hervorragte, gut abgrenzbar war, aber eigenthümliche Knoten fühlen ließ; auch war in der Mitte eine etwas eingezogene bläuliche Stelle, von erweiterten Venen umgeben. Es handelte sich um ein reines Lipom, das folgende Eigenthümlichkeiten besaß: die Knoten stellten sich als etwa 30 abgekapselte Fettklumpen von festerer Konsistenz heraus, gewissermaßen wie Lipome im Lipom. Ferner hing die Geschwulst durch 3 gefäßhaltige Stiele mit der Unterfläche zusammen. 2 von diesen Stielen lagen seitwärts, der dritte, gerade in der Mittellinie gelegen, durchbohrte die Aponeurosis sacro-lumbalis und verschwand im Periost des Kreuzbeins, das selbst keinerlei Veränderung zeigte.

Verf. hält den vorliegenden Fall wegen des Sitzes und der Verwachsung der Geschwulst mit dem Periost für eine Art von Spina bifida, welche während der intra-uterinen Entwicklung geheilt ist. Jedenfalls können solche sacrale Lipome eine Spina bifida maskiren und müssen daher mit einer gewissen Vorsicht und peinlichster Asepsis exstirpirt werden. **Tschmarke** (Magdeburg).

41) **O. Föderl.** Über einen Fall von Inklusion eines Dipygus parasiticus. Mit 1 Tafel.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 1.)

Bei einem 1jährigen Mädchen bestand im Bereich des 3. und 4. Lendenwirbels eine hühnereigroße Geschwulst. An ihrer Kuppe lag, vorgefallenem Mastdarm ähnelnd, gewulstete Schleimhaut. In der Mitte und parallel der Körperachse erhob sich spornartig eine Falte. Rechts von der Geschwulst bestand eine über apfelgroße Geschwulst von glatter Oberfläche, die beim Schreien und Pressen des Kindes sich vorwölbte. Sie wies tympanitischen Schall auf und war unter gurrenden Geräuschen reponibel.

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete: Intrafötation mit Hernia lumbalis und Spina bifida occulta. Gussenbauer exstirpirte die Geschwulst, und die Untersuchung des Präparats bestätigte die Diagnose. Es lag eine Intrafötation vor, die neben einer Dünn- und Dickdarmschlinge ein teratoides Kystom und in dem umgebenden Fettgewebe eingelagert Lymphdrüsen, Knorpel, Pacini'sche Körperchen und Ganglien neben reichlichen Nerven und Gefäßen enthielt.

Die Obduktion (Kolisko) ergab das Vorhandensein zweier Coni terminales. Die mikroskopische Untersuchung aber zeigte bis zum oberen Sacralmark drei Rückenmarksquerschnitte mit drei von einander getrennten Centralkanälen. Der rechts gelagerte gehörte dem Foetus in foetu an, die beiden anderen der Spina bifida. Die bei der Hernia lumbalis gefundene Cyste wird als eine abgeschnürte Hydrorrachis gedeutet, durch deren Entwicklung Muskeldefekte entstanden sind, die zur Bildung der Hernie führten.

Es lag also nach des Verf. Ansicht nicht bloß eine auf die Spina bifida zu beziehende Spaltung, sondern auch eine wahre Zwillingsbildung des Rückenmarks

vor, wonach die Intrafötationsgeschwulst als eine partielle Verdopplung des unteren Körpertheils aufzufassen ist.

In einem Anhang zu diesem von F. beschriebenen interessanten Fall von Dipygus parasiticus erläutert E. Redlich den mikroskopischen Befund des Rückenmarks und erörtert die Theorien über das Zustandekommen der Theilung des Rückenmarks so wie über den Zusammenhang dieser Anomalie mit Spina bifida und Pes equino-varus. Bei dem untersuchten Falle entsprachen dem rechtsseitigen Klumpfuß Veränderungen im Rückenmark, indem sich die ganze rechte Hälfte des Lendenmarks bis ins unterste Brustmark als atrophisch erwies, ganz speciell in den Vorderhörnern. R. glaubt, indem er die Schwierigkeit der Entscheidung bespricht, was als primär oder sekundär anzusehen sei, dass hier die Rückenmarksveränderungen das primäre Ereignis gewesen seien. Sie sind jedenfalls durch mechanische Verhältnisse oder durch Entziehung von Nährmaterial entstanden und haben die Ausbildung eines angeborenen Klumpfußes herbeigeführt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

42) **C. Monod et Chipault.** Névralgie rebelle d'un moignon (membre supérieur). Résection intra-rachidienne des racines postérieures de plexus brachial. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 288.)

Die wichtigsten Punkte der interessanten Krankengeschichte des zur Zeit der letzten Operation 41 Jahre alten Mannes sind folgende: 1894 Resektion des linken Handgelenks wegen Neuritis in Folge einer 1884 erlittenen Schussverletzung. Verschlimmerung der Schmerzen. Vorderarmamputation. Abermalige Verschlimmerung. Delorme erzielte in 8 Sitzungen Heilung mit forcirter lokaler Kompression und stellte den Pat. am 15. Juli 1896 der Pariser chirurgischen Gesellschaft als geheilt vor. Nach 2 Monaten Recidiv der Schmerzen und Auftreten trophischer Störungen. Abermalige Kompressionsbehandlung brachte nur kurz vorübergehende Besserung. Desshalb Resektion eines Neuroms und von 12—15 cm aus der Kontinuität des N. cubitalis. — Kein Erfolg. — Amputation des Oberarms im unteren Drittel. Die Schmerzen dauern an, wenn auch zunächst in geringerem Grad. — Pat. wird morphiumsüchtig und zeigt Zeichen von Hysterie. Resektion aller 3 Nervenstämme in der Achselhöhle. Nur geringe Besserung. Desshalb am 14. December 1897 Resektion der hinteren Wurzeln des Plexus brachialis durch C. und M. In einer ersten Sitzung legten die Verff. nur die Dura in Höhe der unteren Hals- und oberen Brustwirbel bloß. Erst 3 Tage später trennten sie die harte Rückenmarkhaut und resecirten von den sichtbaren hinteren Nervenwurzeln 2; eine 3. durchschnitten sie nur. Verff. glauben, den letzten Cervical- und die 2 obersten Dorsalnerven getroffen zu haben. Wundnaht ohne Drainage.

Heilung nach vorübergehender leichter Parese der linken unteren Extremität. Nach der Operation blieben die Schmerzen vollständig fort; der Amputationsstumpf blieb schmerzlos, hatte aber seine volle Beweglichkeit und zum großen Theile seine Tastempfindung behalten. Allerdings betrug die Heilungsdauer zur Zeit der Veröffentlichung erst 3 Monate; auch blieb Pat. Morphiomane und hysterisch.

Reichel (Chemnitz).

43) **Reich** (Senegal). Ein Fall von Echinococcus des Halses.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 49.)

Die Cyste hatte sich bei dem 70jähr. Kaffer innerhalb 10 Jahren entwickelt, war indess erst in den letzten 1½ Jahre rascher gewachsen und saß als fast kopfgroße Geschwulst an der ganzen rechten Halsseite. Bei der Operation wurden mehrere, milchige Flüssigkeit enthaltende, hühnereigroße Blasen in der anscheinend von der Scheide der großen Gefäße ausgegangenen Cyste gefunden. Ungestörte Heilung.

Kramer (Glogau).



44) Voss (Straßburg). Über eine mit Flimmerepithel ausgekleidete Kiemengangscyste.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1898. Hft. 11.)

Verf. hat im Garnisonlazarett Straßburg einem Soldaten eine pflaumengroße glatte rundliche Geschwulst exstirpirt, welche am Hals vor dem linken Kopfnicker etwa einen Finger breit unterhalb des Unterkieferwinkels saß und leicht beweglich war; mit der gesund aussehenden Haut war sie nicht verwachsen. Die Untersuchung der Geschwulst zeigte, dass es sich um eine Cyste mit trübgelbem Inhalt von serös-schleimiger Beschaffenheit handelte. Die Auskleidung derselben bestand aus Flimmerepithel, das in den tieferen Schichten in Cylinderepithel überging. Der größere Theil der darunter liegenden Cystenwand bestand aus lymphoidem Gewebe.

Hiernach handelt es sich um eine laterale Halskiemencyste, welche aus der zweiten inneren Kiementasche und aus dem Endoderm entstanden ist.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

45) A. Malherbe. Le catarrhe pharyngé postérieur chronique et son traitement par le curettage.

(Revue de laryngol. 1898. No. 40.)

Mittheilung von 7 Fällen, in welchen bei Erwachsenen mit den Beschwerden eines chronischen Nasen-Rachenkatarrhs die Auskratzung des Nasen-Rachenraums von der wohlthätigsten Wirkung war. In allen Fällen bestanden noch Reste des adenoiden Gewebes an der Stelle der Rachenmandel, welche durch chronisch-entzündliche Vorgänge indurirt waren und häufig zum Ausgangspunkt frischer Entzündungserscheinungen wurden. **Teichmann** (Berlin).

46) A. Majewsky. Ein Fall von Strumitis dissecans.

(Gaz. lekarska 1898. No. 44.)

Bei einer 61jährigen, seit Jahren mit einem Kropf behafteten Frau stellte sich im Anschluss an eine fieberhafte, mit Ikterus verbundene Krankheit eine starke schmerzhafte Schwellung der linken Halsseite ein. Da die Diagnose auf eitrige Strumitis gestellt worden war, wurde der Abscess eröffnet. Die ganze linke apfelgroße Kropfhälfte lag von Eiter umspült frei in der gut über kindskopfgroßen Abscesshöhle. Es erfolgte zwar lokale Heilung, doch erlag Pat. später einer Pneumonie. Die Sektion ergab als Ausgangspunkt der ganzen Krankheit einen durch Steine bedingten Leberabscess. **Trzebicky** (Krakau).

47) R. Kayser. Über dysphonischen nervösen Husten.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1898. No. 11.)

Unter dysphonischem Husten versteht K. einen solchen, der in seinem Klange von dem gewöhnlichen in erheblicher, das Gehör beleidigender Weise abweicht. Er berichtet über ein 11jähriges Mädchen, dessen Husten seit 3 Wochen einen durchdringenden Trompetenklang angenommen hatte, so dass das Mädchen nicht bloß die Schule meiden musste, sondern auch das ganze Wohnhaus rebellisch machte. Als Ausgangspunkt für den Hustenreiz fand er einen verstopften Follikel der Zungentonsille, als Ursache für den Trompetenton ein Herabziehen des Kehldeckels über den Kehlkopfeingang der Art, dass er bei dem folgenden Hustenstoß in Schwingungen gerieth. Wurde der Kehldeckel durch den Reichert-schen Kehldeckelhalter fixirt, so dass er sich nicht über den Kehlkopf legen konnte, so hatte der Husten gewöhnlichen Klang. Nach wiederholten derartigen Übungen hustete das Kind auch ohne Fixirung des Kehldeckels in normaler Weise; nach Ätzung der erregbaren Stelle an der Zungenmandel verschwand der Husten überhaupt. **Teichmann** (Berlin).

48) H. Tilley. Two cases of malignant disease of the vocal cords: Thyrochondrotomy non recurrence in one case after two years.

(Brit. med. journ. 1898. Oktober 22.)

T. berichtet über 2 Pat., bei denen er nach Laryngofissur das bösartig erkrankte Stimmband, in einem Falle auch den Aryknorpel und die angrenzende

Schleimhaut entfernt hat. In beiden Fällen handelte es sich um Epitheliome, welche schon längere Zeit als einziges Symptom der Erkrankung eine hartnäckige Heiserkeit verursacht hatten. Laryngoskopisch war, außer einer lokalisirten Verdickung des Stimmbandes und verminderter Beweglichkeit desselben bei der Phonation, nichts zu konstatiren. T. empfiehlt in jedem Falle von Heiserkeit laryngoskopisch zu untersuchen, durch Digitaluntersuchung eventuell Härte und Festigkeit der Schwellung am Stimmband festzustellen, endolaryngeal Probestückchen von der Geschwulst zur Untersuchung zu entnehmen. Der funktionelle Defekt nach der Operation in seinen Fällen war äußerst geringfügig.

F. Krumm (Karlsruhe).

49) **M. Genkin.** Über hämorrhagische Laryngitis.

(Medicinskoje Obosrenje 1898. December. [Russisch.])

G. beschreibt 2 eigene Fälle. In beiden war die Krankheitsursache starke Erkältung. Die Blutungen fanden sieh 1mal (43jährige Frau, hat die Krankheit schon das 3. Mal) am Rande der wahren Stimmbänder, im 2. Falle (22jähriger Mann) erst auf dem falschen, dann auf dem wahren Stimmband. Der Verlauf war typisch, von Laryngitis sicca unabhängig; daher fordert G. gleich Strübing, Salzburg und Anderen die Ausscheidung der Krankheit in eine selbständige Gruppe. Die beste Definition gab Stepanow: Die Laryngitis hämorrhagica ist ein akuter (oder akut verschlimmerter chronischer) Katarrh des Kehlkopfs, der von Blutungen auf die freie, unbeschädigte Oberfläche der Schleimhaut begleitet wird, wobei die Blutungen laryngealen Ursprungs sind und nicht von Anomalien der Blutzusammensetzung abhängen. — Diesen Forderungen genügen nur 16 Fälle der Litteratur. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

50) **Katzin.** Über Intubation des Larynx bei Krup.

Diss., Petersburg, 1898. (Russisch.)

K. behandelte 212 Fälle mit dem O'Dwyer'schen Apparat, davon 175 wegen Krup. 134 genasen, 41 starben. Die geheilten Pat. waren durchschnittlich $4^3/_4$, die gestorbenen $3^1/_4$ Jahre alt. Die Intubation wurde in den 134 Fällen im Durchschnitt 2,5mal ausgeführt, in 48 davon nur 1mal. Das Röhrchen verblieb bei den Geheilten 34 Stunden, bei den Verstorbenen 41. Bei 68 Pat. wurde die Stimme 2—3 Tage nach Entfernung des Röhrchens ganz rein, bei 66 blieb sie noch heiser. — 2mal trat der Tod während der Operation ein, 1mal in Folge der Dyspnoë, das 2. Mal durch Synkope. — 26mal war der Krup durch andere Infektionskrankheiten komplicirt; davon starben 15.— 11mal wurde sekundär tracheotomirt: 1mal wegen Epiglottisnekrose, 2mal wegen fortdauernder Dyspnoë (beide gestorben), 8mal nach wiederholter, langdauernder (64—761 Stunden) erfolgloser Intubation; davon genasen 7. Nach K. ist die Intubation nur selten unausführbar und gewöhnlich leicht zu machen. In Fällen mit reichlichem eitrigem Auswurf spielt das Röhrchen die Rolle eines Drains. Nach Entfernung desselben (die sehr vorsichtig vorzunehmen ist) kann Pneumonie entstehen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

51) **Schiller.** Über 2 Fälle von primärem, malignem Tumor der Epiglottis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 41.)

Die beiden Fälle wurden in der Klinik Czerny's in Heidelberg beobachtet und erwecken, abgesehen von der relativen Seltenheit, in allgemein-pathologischer wie anatomischer und klinischer Hinsicht das Interesse.

Der 1. Fall betrifft einen 62jährigen Schreinermeister, dem der Kehldeckel in eine höckerige Geschwulst verwandelt war, die die ganze Kehlkopfhöhle verdeckte. Czerny entfernte von einem unterhalb des Zungenbeins angelegten Querschnitt die Epiglottis sammt der Basis und vernähte die Schleimhautränder des Aditus laryngis mit der Rachenschleimhaut und Muskulatur. Heilung der Wunde per primam. Nach einigen Monaten zeigten sich an dem gut geheilten Kehldeckel-

stumpf rechterseits 2 hirsekorngroße weißlichrothe Knötchen, und auf der linken Zungenhälfte befand sich ein 5pfennigstück großes Gebilde aus papillären Wucherungen. In beiden Submaxillargegenden je eine harte haselnussgroße Lymphdrüse zu tasten. Exstirpation dieser Drüsen und Exstirpation des Zungencarcinoms mit dem Thermokauter. Nach reaktionslosem Verlauf tritt einige Tage darauf plötzlich Glottisödem auf, welches die Tracheotomie nothwendig macht. Heilung.

Auf Grund des pathologisch-anatomischen Befundes und der Ergebnisse der histologischen Untersuchung kommt S. zu der Anschauung, dass bei einem zur Krebserkrankung disponirten Individuum sich aus einer pachydermen Epithelwucherung über einem Granulom an der Epiglottis ein Carcinom entwickelte, das Metastasen in den Lymphdrüsen derselben Seite setzte, und dass kurze Zeit später, vielleicht unabhängig davon, ein zweites Carcinom sich an der Zunge bildete, das seinerseits die regionären Lymphdrüsen inficirte.

Im 2. Falle handelte es sich um eine 61jährige Tünchersfrau, welche über Schluckbeschwerden, namentlich bezüglich fester Speisen, klagte. Die Epiglottis war in eine haselnussgroße röthlichweiße Geschwulst von blumenkohlartiger Oberfläche, welche nahezu den ganzen Kehlkopfeingang verlegte, verwandelt.

Nach vorausgeschickter Tracheotomie entfernte Czerny von einem unterhalb der Zungenbasis angelegten Querschnitt aus die Geschwulst, wobei auch Theile der Aryknorpel und des Schildknorpels exstirpirt wurden. Nach einigen Tagen Tod in Folge von Schluckpneumonie.

Den Schluss der Publikation bildet die Besprechung der operativen Therapie, welche in derartigen Erkrankungsfällen in Anwendung kommen kann.

Gold (Bielitz).

52) **H. Koschier.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Trachealtumoren.
(Wiener med. Wochenschrift 1898. No. 35.)

Die endolaryngeal durch Auskratzung nach vorangegangener Tracheotomie beseitigte Geschwulst war ein am Ringknorpel und den 5 obersten Trachealringen an der Hinterseite der Luftröhre breit aufsitzendes Carcinoma cylindromatosum, welches bei einer 40jährigen Frau seit $^{1}/_{2}$ Jahr Erscheinungen von Schmerzhaftigkeit im Kehlkopf und zunehmender Stenose verursacht hatte. Die Geschwulst musste, obwohl eine nicht ganz normale Schilddrüse auch mit vorlag, als ein primär von der Luftröhrenschleimhaut ausgehendes Carcinom betrachtet werden, von demselben Charakter, wie es derselbe Autor 1896 bereits von einem anderen Fall beschrieben hatte. (Wir erfahren bei dieser Gelegenheit, dass dieser Fall, welchen auch Bruns in seiner letzten Publikation über Resektion der Trachea bei primärem Trachealkrebs als damals $^{1}/_{2}$ Jahr recidiv frei erwähnt, nach der ersten endolaryngealen Abtragung 2 Jahre im Ganzen recidivfrei, und dann wiederum nach nochmaliger endolaryngealer Behandlung 1 Jahr heil geblieben ist. Bei diesem Fall bestand das allerdings in der Prognose bessere Cylindrom aus 2 haselnussgroßen, breitgestielten Geschwülsten. Ref.)

Herm. Frank (Berlin).

53) **Mercandino.** Corpo straniero nel bronco sinistro.
(Gazz. med. die Torino 1899. No. 1.)

Ein 11jähriger Junge aspirirte April 1897 einen kleinen Nagel von 12 mm Länge mit 8 mm breitem Kopf. Zuerst kamen heftige Hustenstöße, und die ganze linke Lunge blieb beim Athmen zurück. Dann bildete sich unter Fieber eine Infiltration in der oberen Brusthälfte, Dämpfung, Bronchialathmen, Aufhebung des Pektoralfremitus, die nachher in eine allmähliche Schrumpfung der Lunge überging. Die rechte Lunge dehnte sich kompensatorisch aus, und das Herz wurde bis in die Achsellinie verschoben. Im Juni konnte man radiographisch den Nagel links neben der Wirbelsäule feststellen. 2 Tage nachher wurde er bei einem plötzlichen Hustenstoß ausgeworfen. Die Lunge dehnte sich nur wenig danach wieder aus, der Hauptsache nach blieb also die durch den entzündlichen Process eingeleitete Carnifikation.

Pagenstecher (Wiesbaden).

54) **Havemann.** Glückliche Entfernung einer Bohne aus dem rechten Bronchus eines 5jährigen Mädchens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 401.)

Die in diesem Falle wegen Erstickungsanfällen gemachte Tracheotomie war zunächst in so fern ohne Erfolg, als weder der gesuchte Fremdkörper gefunden, geschweige denn entfernt werden konnte, noch auch die Anfälle aufhörten, vielmehr noch stärker und gefährlicher auftraten. Nachdem die Luftröhrenwunde erheblich erweitert, gelang es in einem besonders schweren Stickanfall schließlich die Bohne mit einer Sonde zu fühlen und etwas zu bewegen, wonach die Luftpassage besser wurde. Wahrscheinlich saß die Bohne hart an der Bifurkation im rechten Bronchus und versperrte, so bald sie in die Höhe rückte, quer die Luftröhre. Mehrere weitere Anfälle wurden dann durch die Krankenpflegerin mittels Sondenverschiebung der Bohne beendet. Die Herausbeförderung der letzteren gelang, nachdem sie mit Zangen und Pincetten vergeblich versucht, unter Narkose mittels eines langstieligen scharfen Löffels, doch nicht gleich, sondern erst nach wiederholten, mit immer mehr Kraftaufwand durchgeführten Versuchen. Genesung.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

55) **K. Lichtenauer.** Ein Beitrag zur Behandlung größerer Lungenkavernen und der nach Pneumotomie verbleibenden Lungenfisteln.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 389.)

Ein Fall aus der Helferich'schen Klinik in Greifswald. 52jähriger Kutscher erkrankt nach einer Brustkontusion an Pneumonie mit Ausgang in einen akuten gangränösen Abscess des linken Unterlappens. Putrides dreischichtiges Sputum, Probepunktion im 9. Interkostalraum und hinterer Axillarlinie ergiebt stinkenden Eiter. Bei der 1. Operation, 15. Januar 1896, ergiebt eine Incision im 8. Interkostalraum mit Rippenresektion die Pleura leer, die Lunge unten hepatisirt. Pleuranaht. Ein 2. Eingehen genau an der Probepunktionsstelle liefert 150 ccm Eiter und führt in eine hühnereigroße, unregelmäßig gestaltete Kaverne, die sich nach oben in einen weiten Bronchus fortsetzt. Tamponade. Guter Verlauf. Entlassung des Pat. 4. März. Ende März kommt er wieder mit Fisteleiterung, Zeichen verstärkter bronchiektatischer Sekretion, Dämpfung um die Narbe. 2. Operation 8. August. Eröffnung der Narbe und einer jetzt mannsfaustgroßen, stinkenden Eiter enthaltenden Höhle. Kleinfingerstarker Hauptbronchus im oberen Wundwinkel. Tamponade. Im weiteren Verlauf werden auch im unteren Theil der Lungenwunde einige Schleim entleerende Bronchiallichtungen bemerkt. Mehrfache Thermokauterisation derselben. Wegen Sekretretention am 11. Oktober 3. Operation. 30 cm langer Schnitt in der alten Narbe. Erneute ausgedehnte Resektion der betheiligten, zum Theil unregelmäßig reponirten Rippen mitsammt den interkostalen Weichtheilen, so dass die Lungenhöhle breit geöffnet ist. In der Nachbehandlung erhält Pat. um die rechte gesunde Brustseite einen Zinkblechpanzer, um den, die linke Seite komprimirend, elastische Binden gewickelt werden. Schon am 23. November vollkommene Heilung, die 'Stand hielt. Die linke Brustseite misst an Umfang jetzt nur 2 cm weniger als die rechte. Keine Skoliose, freie Armbeweglichkeit, volle Arbeitsfähigkeit. Im Narbenbezirk muldenförmige Einsenkung, die sich inspiratorisch einzieht, bei Hustenstößen aber vorwölbt.

Das Resultat ist, wie Verf. an der Hand des von Quincke gesammelten einschlägigen Materials nachweist, vortrefflich. Die von Helferich in dem Falle geübte komprimirende Thoraxeinwicklung hält L. für neu. (Indess hat, wie die Mittheilung von Thiel auf der letzten Naturforscherversammlung lehrt, Bardenheuer dieselbe bei Nachbehandlung der Operation alter Empyeme schon lange geübt — allerdings ohne die Schutzpanzerung der gesunden Seite. Ref.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

56) **Franke.** Ein Fall von traumatischer Lungentuberkulose.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 11.)

Der veröffentlichte Fall ist ein wichtiger Beitrag zu der noch wenig geklärten Frage, ob durch ein Trauma der Lunge Lungentuberkulose hervorgerufen werden

könne. Der Fall ist wohl als einwandsfrei im bejahenden Sinne der Streitfrage zu betrachten. **Teubner** (Hannover).

57) **A. A. Kissel.** Über die Behandlung des Pyothorax bei Kindern nach Prof. Lewaschow's Methode.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. Januar. [Russisch.])

K. bringt 8 Fälle. In einem genügte ein einmaliges Ausspülen mit NaCl-Lösung zur vollständigen Heilung; in 4 Fällen musste der Eingriff wiederholt werden (bis 6mal), ehe er von Erfolg gekrönt wurde; in 3 Fällen endlich (1mal 19 Ausspülungen!) blieb der Erfolg aus. Auf Grund seiner Beobachtungen spricht sich K. dahin aus, dass nicht in allen Fällen von Pyothorax Lewaschow's Methode vor der Thorakotomie den Vorzug verdient; weitere Beobachtungen müssen erweisen, welche Fälle auf diese Art zu behandeln sind.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

58) **Mosse** (Berlin). Rippenresektion bei nichteitriger Perikarditis.

(Charité-Annalen 1898. p. 219.)

Auch bei nichteitriger Perikarditis kann die Nothwendigkeit eintreten, den Erguss zu entleeren, wenn seine Größe oder seine langsame Resorption das Leben bedroht. Nachdem von Fränkel und Schaposchnikof gezeigt ist, dass der Erguss das Herz nicht von der Brustwand abdrängt, ist die Punktion wegen der Gefahr einer Verletzung des Herzens selbst als zu gefährlich zu verwerfen, ganz abgesehen von der Möglichkeit, dabei auch ein Gefäß des Herzbeutels zu treffen. In dem hier mitgetheilten Falle eines sehr großen perikardialen Exsudats, welches höchst bedrohliche Erscheinungen veranlasste, wurde von König die Radikaloperation mit Rippenresektion vorgenommen. Alsbald danach trat eine subjektive erhebliche Besserung ein, die Cyanose ließ sofort nach, allein es blieb die Herzschwäche bestehen, welche nach 6 Wochen den Tod herbeiführte. Die Sektion wies als Ursache dieser Herzschwäche chronische interstitielle Myokarditis nach, welche man in Folge der langen Dauer der Krankheit schon hatte voraussetzen müssen. Außerdem fanden sich noch theilweise Verwachsungen beider Pleurablätter und des Perikards. Die Untersuchung des Exsudats hatte nachgewiesen, dass es bakterienfrei war; nach Impfungen von Meerschweinchen blieben dieselben gesund, und erwiesen sich bei der Sektion frei von Tuberkulose.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

59) **J. Demange** et **L. Spillmann** (Nancy). Deux cas de péricardite avec épanchement. Paracentèse. Guérison.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. September.)

Es handelt sich um 2 Fälle von serofibrinöser Perikarditis, bei dem einen Kranken im Anschluss an Influenza, bei dem anderen im Verlauf eines akuten Gelenkrheumatismus. In beiden Fällen wurde im Blut der Staphylococcus pyog. alb. gefunden, in der Punktionsflüssigkeit nur in 1 Falle. Die Paracentese brachte in beiden Fällen augenblickliche Erleichterung, obgleich die aspirirten Mengen jedes Mal nur gering waren.

Verff. rathen, die Kanüle sehr langsam und sehr schräg, fast parallel mit der Brustwand, einzustoßen und so langsam wie möglich zu aspiriren, um den Druck nicht zu plötzlich zu verringern. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. **Sonnabend, den 22. April.** **1899.**

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Krakau.)

I. Zur Methode der Harnblasenplastik.

Von
Dr. **Max Rutkowski,**
Vorstand der Klinik.

Der plastische Ersatz von Harnblasendefekten kommt ausnahmslos nur bei Blasenektopie in Betracht. Das von Maydl angegebene Verfahren scheint für die Anwendung der Harnblasenplastik noch engere Grenzen gezogen zu haben. Die Ursache des Misslingens diesbezüglicher Versuche ist in der nicht entsprechenden Qualität des hierzu verwendeten plastischen Materials zu suchen. Hautlappen — mögen sie einfach oder doppelt gelegt sein — können wohl nicht eine normale Blasenwand ersetzen, da die Epidermisschicht und die Narben als Fremdkörper in der Blase ihre nachtheilige Wirkung

äußern, und übrigens der völlige Mangel an Muskelfasern gleichmäßige Kontraktionen der Blase nicht zulässt, die normale Funktion des Organs also dauernd aufhebt. Zu obigen Momenten gesellen sich noch ernste technische Schwierigkeiten, die ebenfalls der allgemeinen Anwendung des Verfahrens im Wege stehen. Eine Heilung per primam, die doch als Hauptbedingung eines guten Erfolgs gelten muss, ist nur in den seltensten Fällen zu erreichen. In Folge dessen werden zahlreiche Nachoperationen erforderlich, welche die Nachbehandlung in die Länge ziehen und die Geduld des Kranken und Chirurgen bedeutend in Anspruch nehmen. Es wird also leicht begreiflich, warum die Blasenplastik nur bei ektopischen Zuständen ihre Anwendung fand. Von einem Ersatz der nach Excision von pathologisch veränderter Blasenwand (Tuberkulose, Neoplasmen etc.) entstandenen Defekte kann überhaupt bei Anwendung von Hautlappen keine Rede sein, weil dabei alle Mängel des Verfahrens noch schärfer hervortreten. Die von Maydl vorgeschlagene Implantation der Ureteren sammt dem anliegenden Theil der Blasenwand in die Flexur kann doch eine plastische Operation nicht ersetzen. Die bis nun mit dieser Methode bei Blasenektopie erreichten Erfolge sind im Allgemeinen zufriedenstellend. Wie aus der letzten, 20 Fälle umfassenden Zusammenstellung Maydl's[1] hervorgeht, lässt sich eine sekundäre Niereninfektion durch strenges Befolgen der diesbezüglichen Angaben des Autors leicht verhindern. Der Methode Maydl's haftet aber ein Mangel an, sie basirt nämlich auf der Blasenexstirpation, d. i. auf Entfernung eines Organs, welches außer der Missbildung keine Strukturveränderungen aufweist. Ich glaube also, dass die Tendenz dieser Methode mit der konservativen Richtung der modernen Chirurgie schwer in Einklang zu bringen sei.

Die Anforderungen, welche an eine Blasenplastik bei Ektopie gestellt werden, sind bedeutend, da auch nach Herstellung einer geschlossenen Blase die Frage der Bildung eines schlussfähigen Sphinkters auftaucht. An anderen Organen erzielte Resultate rechtfertigen die Anahme, dass in der Zukunft die Chirurgie im Stande sein wird, auch letzterer Anforderung vollkommen zu entsprechen. Es verbleiben andererseits Fälle von Tuberkulose und Neoplasmen der Blase, in welchen außer der veränderten Blasenwand auch die Ureterenmündungen entfernt werden müssen. In diesen Fällen bildet die Implantation der Harnleiter in den Darm den einzigen Ausweg. Dies Verfahren birgt jedoch in sich, wie aus den klinischen und experimentellen Untersuchungen Giordano's[2] hervorgeht, die eminente Gefahr einer Niereninfektion. Es versuchten also einige Operateure das Zustandekommen einer sekundären Infektion der Nieren theils durch totale Ausschaltung der Darmschlinge sammt der Stelle der Implantation, theils durch entsprechende Gestaltung der neugebildeten

---

[1] Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 6—8.
[2] Clinica chirurgica 1894.

Mündungen wo möglich zu verhindern. Zur ersten Gruppe gehört das Verfahren Mauclaire's[3], welcher den Darm an der Übergangsstelle der Flexur ins Rectum quer durchtrennte, erstere in die Inguinalgegend oder ins Perineum implantirte, letzteres am oberen Ende dicht schloss und in dasselbe die Harnleitermündungen einpflanzte. Dieses Verfahren wurde am Menschen durch Gersuny[4] in Ausführung gebracht. Nach Abtrennung des Mastdarms von der Flexur schloss er ersteren genau und implantirte die Ureterenmündungen sammt der anliegenden Blasenwand in denselben, wodurch also eine neue Art Blase gebildet wurde. Das Ende der Flexur zog er durch den Douglas'schen Raum bis an den Sphinkter durch, an welcher Stelle er es fixirte. Er bildete also eine künstliche Blase und einen Mastdarm mit gemeinschaftlichem Sphinkter. Hochenegg implantirte die Harnleitermündungen in eine ausgeschaltete Dünndarmschlinge. All diese Modifikationen scheinen in Anbetracht der fast erwiesenen Ungefährlichkeit einer Ureterenmündungimplantation in die Flexur das Verfahren nur unnöthigerweise zu kompliciren und den Eingriff erheblich zu erschweren. Kryński[5] versuchte durch Nachbildung der normalen Ureterenmündungen einer sekundären Niereninfektion vorzubeugen. Er empfahl eine möglichst schräge Einpflanzung der Harnleiter mittels eines Darmwandlappens. Von der Ausführbarkeit beim Menschen und dem eventuellen Resultat dieser Operation lässt sich gegenwärtig nichts Positives behaupten. Die angeführten Methoden können also eine plastische Operation nicht ersetzen.

Wie schon erwähnt, hängt der Erfolg einer Blasenplastik in allererster Reihe von der Qualität des verwendeten Materials ab. Bei dem in Anwendung zu kommenden Lappen müssen einige specielle Eigenschaften vorausgesetzt werden. Er muss eine Schleimhaut- und Muskelschicht enthalten und auch Strukturverhältnisse aufweisen, die eine Heilung per primam erhoffen lassen. Das Material muss in genügender Menge vorhanden sein, damit es in Lappen von beliebiger Größe entnommen werden kann. Allen diesen Anforderungen entspricht völlig ein am Mesenterium gestielter Darmwandlappen; in ihm besitzen wir also das ideale Material zu einer Harnblasenplastik. Es lässt sich nur fragen, ob die Gefahren, welchen wir die Kranken durch diese Operation aussetzen, nicht zu groß seien, und die Schwere des Eingriffs und seiner Folgen ein günstiges Resultat zum mindesten nicht zweifelhaft erscheinen lässt. Der gegenwärtige Stand der Chirurgie verneint diese Fragen entschieden. Die Technik der Darmresektion und Naht ist in allen Einzelheiten so weit ausgebildet, dass solch eine Operation, am gesunden Darm ausgeführt, nicht nur keine weiteren Gefahren darstellt,

---

[3] Revue de chir. 1895.
[4] Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 43.
[5] Przegląd lekarski 1895. No. 46—50.

ja sogar als Voroperation gelten kann. Tizzoni und Poggi waren die Ersten, welche auf experimentellem Weg der Lösung der Frage näher rückten. Sie demonstrirten im Jahre 1889 auf dem VI. italiänischen Chirurgenkongress einen Hund, welchem sie nach Totalexcision der Harnblase eine neue Blase aus einer Darmschlinge bildeten. Die Operation wurde zweizeitig vorgenommen. Zuerst wurde eine Darmschlinge ausgeschaltet, in der zweiten Sitzung wurde das untere Ende der isolirten Schlinge an den Hals der exstirpirten Blase eingenäht und in das obere die Ureteren implantirt. Die Versuche, diese Operation einzeitig auszuführen, misslangen, da nur 1 Hund die einzeitige Operation 8 Tage überlebte.

Das Princip meiner Methode ist gänzlich verschieden von dem der Experimente Tizzoni's und Poggi's. Mich leitete der Gedanke, durch Verwendung eines geeigneten Materials die Harnblasenplastik zu vervollkommnen. Als hierzu bestens geeignetes Material sehe ich einen Darmwandlappen an, dessen Größe dem Defekt in der Blase genau angepasst werden kann. Aus diesen Gründen beschloss ich mit Zustimmung weil. Prof. Obaliński's in folgendem Falle einen Darmwandlappen zur Harnblasenplastik zu verwenden.

Am 5. Mai 1898 wurde in die Klinik der 12jährige Abraham Rosenzweig aufgenommen. Pat. von kräftigem Körperbau, gut genährt. Die Untersuchung des Thorax ergiebt normale Verhältnisse. Völliger Mangel einer Nabelnarbe. Am unteren Abschnitt der Bauchdecken dicht oberhalb der der Symphyse entsprechenden Stelle eine guldengroße Öffnung, aus welcher ein kugliger Tumor von der Größe eines Taubeneies hervorragt. Der Tumor von hochrother Farbe, seine Oberfläche uneben, gefaltet. Bei Berührung blutet derselbe leicht. Bei aktivem Zustand der Bauchpresse vergrößert sich der Tumor bedeutend. Der Öffnung entströmt Harn. Längst dem lateralen Rande beider Recti verlaufen 10 cm lange Narben, welche bis zur Höhe der Symphyse herabreichen. Unterhalb der Öffnung hängt der Penis als ein kurzes, missgestaltetes Gebilde herab. Sein freies Ende umrandet ein Wulst gefalteter Haut. Auf der dorsalen Fläche des Penis verläuft eine längliche Narbe. Die äußere Harnröhrenmündung weit. Die Haut des kleinen Hodensackes wie die der inneren Flächen der Oberschenkel ekzematös. In der Sacralgegend zwei parabolische Narben, ihr Verlauf entspricht dem der sacro-iliac. Synchondrosen. Der beschriebene Tumor lässt sich leicht reponiren. Der in die Öffnung eingeführte Finger konstatirt die Anwesenheit einer mit der Harnröhre in engster Verbindung stehenden, taubeneigroßen Höhle, welche sich nach kurzer Zeit mit Harn füllt. In der Mittellinie dicht oberhalb der geschilderten Öffnung, ist eine Diastase der Recti fühlbar. Die Schambeine bilden keine Symphyse, sie stehen 2 Querfingerbreit von einander entfernt. Statt der Symphyse verbindet ein breites, elastisches Band beide Knochen. Die Hoden in den Leistenkanälen zurückgeblieben. Diagnose: Obere Blasenspalte als Effekt einer Operation der Ektopie und Epispadie. Die Anamnese ergab, dass Pat. bereits 2mal in der hiesigen Klinik in Behandlung stand. Zum ersten Mal vom 14. November 1889 bis 30. Juni 1890, in welcher Zeit die Harnröhrennaht und die Trendelenburg'sche Operation ausgeführt wurde. Das Resultat der Harnröhrenplastik war zufriedenstellend, die Operation nach Trendelenburg blieb dagegen erfolglos. Der Kranke wurde abermals in die Klinik aufgenommen, wo er vom 28. Oktober 1890 bis zum 22. Juni 1891 verblieb. Jetzt wurde die Operation nach Rydygier ausgeführt. Der gesammte Erfolg einer 2jährigen Behandlung bestand nur in der Bildung einer funktionsfähigen Harnröhre.

Am 12. Mai 1898 schritt ich zur Operation. Chloroformnarkose. Schnitt in der Mittellinie, 6 cm lang, bis zum oberen Blasenrand reichend. Nach Eröffnung der Bauchhöhle holte ich eine Ileumschlinge hervor, die ich an zwei 6 cm von einander entfernten Punkten durchtrennte. Es wurde also ein 6 cm langer Darmabschnitt isolirt (Fig. 1). Nach Anlegung einer cirkulären, doppelreihigen fortlaufenden Seidennaht, welche den zu- und abführenden Abschnitt vereinigte, reponirte ich den genähten Darm in die Bauchhöhle (Fig. 2). Das ausgeschaltete Darmstück wurde in Längsrichtung an der dem Mesenterialansatz gegenüberliegenden Seite aufgeschnitten. Ich erhielt also einen viereckigen Lappen von ca. 40 qcm Flächeninhalt, welcher am Mesenterium gestielt war (Fig. 3). Nach Ablösung der Blasenwand von den Bauchdecken und Erweiterung der vorhandenen Blasenöffnung, nähte ich den Darmwandlappen mittels einer zweireihigen, fortlaufenden Naht in den Defekt ein. Die tiefe Reihe (Katgut) fasste die ganze Dicke der Blasen- und Darmwand mit Einschluss des Gipfels des Mucosasaumes.

Fig. 1.

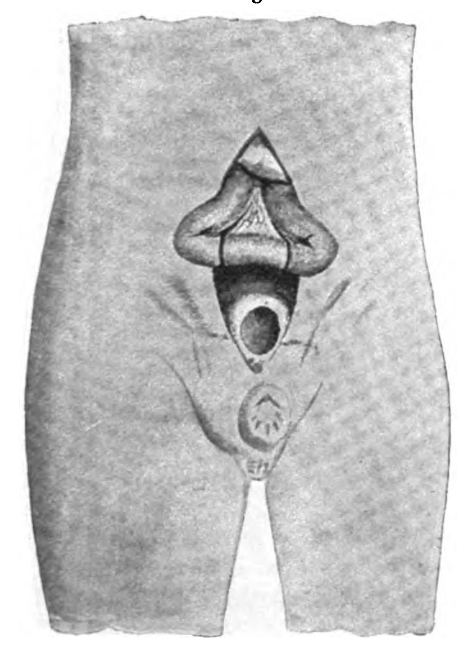
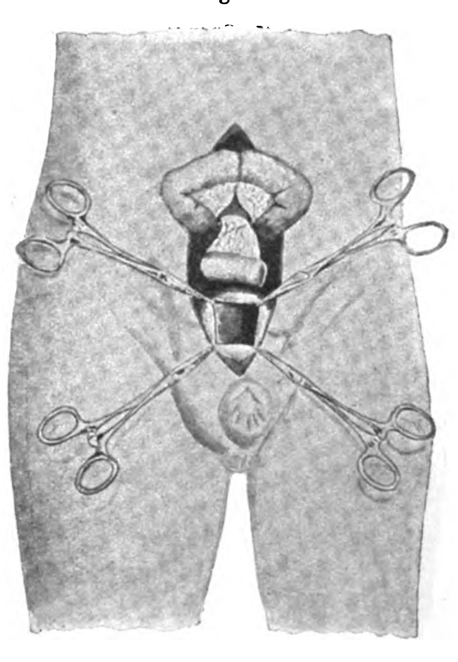


Fig. 2.



Die äußere Reihe (Seide) bildete eine Lembert'sche Naht. Es entstand also eine Blase, deren vordere Wand der Darmlappen bildete (Fig. 4). Über der geschlossenen Blase Bauchdeckennaht. In die Blase wurde durch die Harnröhre ein Verweilkatheter eingelegt. Die Operation währte $1^1/_2$ Stunde. Das Befinden des Kranken unmittelbar nach der Operation war ganz zufriedenstellend. Der postoperative Verlauf war ideal, völlig fieberfrei. Die Wunde heilte per primam. Am 10 Tage wurden die Nähte entfernt. Dem Pat. wurde ein genau passender Harnrecipient und eine Pelotte angelegt. Die Pelotte hatte den Zweck, die Harnröhrenwand an der Stelle der Symphysendiastase zu komprimiren. Bei Anwendung dieser Vorrichtung konnte Pat. den Harn $^3/_4$ Stunden zurückhalten. Die mehrmals ausgeführte Untersuchung des entleerten Harns ergab: alkalische Reaktion, spec. Gewicht von 1,013, eine kaum wahrnehmbare Spur von Eiweiß und Vermehrung der Phosphate. Im Sediment fand man: zahlreiche Schleimflocken, Phosphatkrystalle, spärliche platte Epithelien und körnige Detritusmassen als Produkt

zerfallener Eiterkörperchen. In der 8. Woche nach der Operation konnte Pat. 25 ccm Harn in seiner Blase zurückhalten. Beim Drängen strömt der Harnstrahl ca. 30 cm empor. In Folge einstweiliger Schließung der Klinik entzog sich Pat. der weiteren Beobachtung. Er verließ die Klinik 2 Monate nach der Operation.

Bei meinen weiteren Untersuchungen suchte ich das Verhalten der Schleimhaut und des Mesenteriums des implantirten Lappens und die mechanische Leistungsfähigkeit der Blase zu erforschen. Die an Hunden ausgeführten Experimente, über welche ich an anderer Stelle[6] ausführlich berichte, brachten mich zu folgenden Schlussfolgerungen:


Fig. 3.

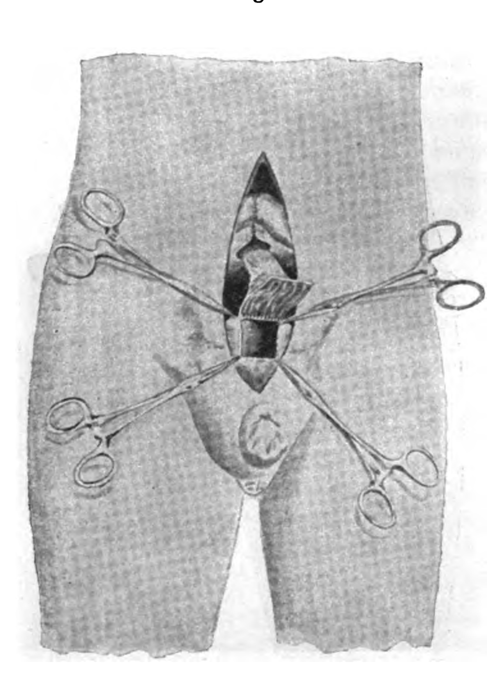
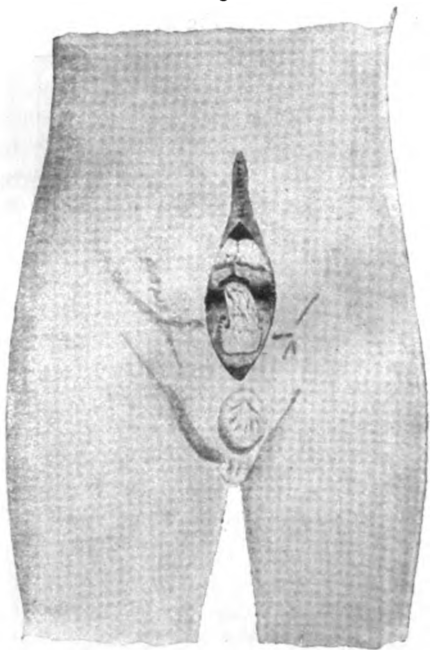


Fig. 4.



Die Mesenterialgefäße fallen einer Obliteration anheim, was jedoch keine Ernährungsstörungen des Darmlappens zur Folge hat.

Die mechanische Leistungsfähigkeit der Blase erleidet keine Verringerung. In späteren Stadien kommt es in der Darmschleimhaut zu regressiven Veränderungen. Die Proliferationsfähigkeit des Blasenepithels wird dagegen erhöht und dieses wuchert stetig gegen die Oberfläche des implantirten Darmwandlappens.

[6] Vgl. Sammlung von Abhandlungen, gewidmet dem Andenken Professor Obaliński's. Krakau, 1899 (Polnisch.)

II. Zur Blasendrainage.

Von
Privatdocent Dr. **O. Zuckerkandl** in Wien.

In No. 11 dieser Zeitschrift 1899 berichtet Herr Kaczkowski über eine neue Methode der Blasendrainage, bei welcher mit Zuhilfenahme eines obturirenden Kautschukballons der Harn durch die Wunde abgeleitet wird. Zunächst soll dieses neue Princip zur Verhütung der Harninfiltration dienen, die nach des Autors Ansicht die meisten letalen Ausgänge nach dem hohen Blasenschnitt verschuldet. Die gebräuchlichen Mittel zur Verhütung dieser, so wird gefolgert, sind anscheinend insufficient.

Beide Punkte bedürfen der Richtigstellung; nach meinen Erfahrungen über hohen Blasenschnitt, die ich seinerzeit an Dittel's Klinik, später in einer stattlichen Anzahl selbständig operirter Fälle gesammelt, bedingt die Harninfiltration niemals den letalen Ausgang nach jener Operation, ja sie scheint nach Sectio alta überhaupt zu den allergrößten Seltenheiten zu gehören; ich wenigstens habe nie etwas derartiges gesehen.

In der vom Autor gelieferten Zusammenstellung der verschiedenen Arten von Blasendrainage vermissen wir neben anderen gerade diejenige, die als die leistungsfähigste bezeichnet werden muss, ich meine die von Dittel angegebene Heberdrainage mittels des Knierohrs. Es soll bei dieser Gelegenheit auf dieses, wie es scheint zu wenig gekannte, Verfahren neuerdings hingewiesen werden.

Ich übe gegenwärtig die Methode derart, dass nach Einlegung des Heberrohrs, welches bis in den abhängigsten Theil des Fundus reicht, die Wunde der Blase neben dem Rohre exakt durch Naht verschlossen wird. In einer zweiten Etage werden die Musculi recti vereinigt, wobei auch die Blase, wenn sie tiefer sinkt, in die Nähte einbezogen wird, so dass sie gewissermaßen an die Bauchwand geheftet erscheint. Schließlich wird die Haut neben dem Rohr vereinigt, so dass mit Ausnahme eines engen Kanals die Wunde in allen Theilen geschlossen ist.

So ausgeführt, genügt dieses einfache vielfältig erprobte Verfahren allen Anforderungen; es liefert einen genauen Schluss der Blasenwunde, verhindert den Eintritt von Harn in die Wunde oder in den Prävesikalraum, nähert die Blase an die Bauchdecken und gestattet die Ableitung des Harns in entsprechender Weise etc., kurz entspricht allen vom Autor aufgestellten Forderungen einer exakten Blasendrainage.

Nach alledem erscheint zur Zeit die Ersetzung des Heberprincips durch ein anderes komplicirteres Verfahren nicht diskutabel.

Wien, März 1899.

---

1) **F. Lange** (München) und **Meltzing** (Duisburg). Die Photographie des Mageninnern.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 50.)

Den Verff. ist es gelungen, einen, ihrer Ansicht nach freilich noch verbesserungsbedürftigen, Apparat zur Photographie des Mageninnern zu konstruiren und mit demselben auf eine ungefährliche und für den Kranken nicht besonders lästige Weise Bilder der normalen Schleimhaut bei völliger oder nur theilweiser Aufblähung des Magens herzustellen; das, was sie bei diesen Aufnahmen erhalten, lässt die Verff. erhoffen, dass sich, zumal bei weiterer Verbesserung des Linsensystems des Apparats etc., gröbere Veränderungen der Magenschleimhaut durch die Photographie erkennen lassen werden. Bisher entbehren allerdings die Bilder, von denen bis zu 50 in einer einzigen Einführung des Apparats in den vorher ausgespülten und entleerten Magen gewonnen werden konnten, noch der wünschenswerthen Schärfe, was zum Theil auch durch die Auflagerung von Schleim auf die Objektivlinse bedingt wurde.

Über die genauere Konstruktion des Apparats, der aus dem — Plattenreservoir, Camera und Lampentheil enthaltenden — Kopfstück, einem weichen Gummischlauch (Drahtleitung, Fischbeinstab zur Ermöglichung des Auswechselns der von Filmsstreifen gebildeten Platten, Luftzuleitungsrohr) und einem Kasten nebst Vorrichtung zur Magenaufblähung etc. besteht, möge die Arbeit selbst nachgelesen werden. **Kramer** (Glogau).

---

2) **Weiss** et **Février.** Considérations sur quelques cas d'appendicites.

(Revue de chir. 1898. No. 7 u. 12.)

Auf Grund sorgfältiger Untersuchungen von 22 von ihnen operirten Fällen von Epithyphlitis sind die Verff. zu der Ansicht gelangt, dass diese Krankheit von einer gewöhnlich mit Lymphangitis einhergehenden infektiösen Folliculitis des Wurmfortsatzes ihren Ausgang nehme. An der Hand der ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten besprechen sie die verschiedenen Formen der akuten Epityphlitis, bei denen sie in 3 Fällen (1 †) operirt haben, und die chronische recidivirende, von ihnen 19mal und mit stets günstigem Erfolg operativ behandelt, und fassen ihren Standpunkt bezüglich chirurgischen Eingreifens in dem Satz zusammen, dass entweder sehr bald — bei Neigung zu allgemeiner Peritonitis oder bei Abscessbildung — oder sehr spät — nach Ablauf der akuten Entzündung — zu operiren sei. Es entsprechen diese Indikationen somit den auch von der Mehrzahl der deutschen Chirurgen aufgestellten, mit denen sie auch hinsichtlich der operativen Technik übereinstimmen. **Kramer** (Glogau).

---

3) **Hildebrandt.** Die Ursachen der Heilwirkung der Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose. (Aus der chir. Klinik zu Kiel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 51 u. 52.)

H. hat an gesunden Hunden und Kaninchen, wie auch an durch vorherige Injektion von Reinkulturen der Tuberkelbacillen in den Bauch an tuberkulöser Peritonitis erkrankten den Einfluss des Bauchschnitts auf das Bauchfell studirt und dabei gefunden, dass als Reaktion des Bauchfells nach der Eröffnung des Leibes eine lebhafte Hyperämie auftritt, welche bei der tuberkulösen Serosa stärker ist, als bei der normalen und durch die kalte Luft, das Manipuliren mit den Därmen, vielleicht auch durch das Austrocknen des Bauchfells hervorgerufen zu sein scheint. Neben der arteriellen Hyperämie, die nach ca. 20 Minuten einer mehr venösen Platz macht, war auch eine Paralyse der Därme, nach 2—3 Tagen auch eine seröse Exsudation in den Bauch zu beobachten. Diese Erscheinungen blieben aus, sobald die Thiere unter erwärmter Kochsalzlösung laparotomirt und sorgfältig jede mechanische Reizung vermieden wurde. Die Heilwirkung des Bauchschnitts auf die künstlich erzeugte tuberkulöse Peritonitis äußerte sich in mehrfacher Weise: Einmal verhindert die Laparotomie die schnelle Weiterverbreitung des Processes, dann bewirkt sie ein theilweises Schwinden der Knötchen, drittens verlängert sie dadurch das Leben. Wie Gatti, hat auch Verf. beobachtet, dass eine zu früh, d. h. schon dann, wenn die ersten Zeichen der Erkrankung sichtbar, und noch keine regressiven Vorgänge wahrnehmbar sind, unternommene Laparotomie ohne Erfolg ist. Diese Thatsache ist für die Erklärung der Heilwirkung des Bauchschnitts von Wichtigkeit; sie zeigt eben so, wie die häufig beobachtete Erscheinung, dass tuberkulöse Peritonitiden, namentlich bei Kindern, von selbst ausheilen, dass wir gar nicht nöthig haben, anzunehmen, durch die Laparotomie würde eine vollkommene, unerklärliche Umwälzung in dem ganzen Verhalten der Krankheit hervorgerufen. Vielmehr ist der Schluss zu ziehen, dass die tuberkulöse Peritonitis schon von selbst die Tendenz hat, auszuheilen, dass durch die Laparotomie die natürlichen Hilfskräfte, welche der Körper zur Verfügung hat und im Kampf gegen die Tuberkulose anwendet, verstärkt werden. Der mangelnde Heilerfolg des zu früh unternommenen Bauchschnitts erklärt sich ungezwungen dadurch, dass in einem Stadium operirt wurde, in dem die Bacillen noch in voller Virulenz sind, der Körper noch nicht Zeit gehabt hat, seinerseits mit Schutzmaßregeln vorzugehen. Wird dagegen die Laparotomie gemacht, wenn schon regressive Vorgänge im Leben der Krankheitserreger eingetreten sind, so zeigt sich der Heilerfolg. Nach Analogie der bekannten Thatsachen von der Wirkung der Stauungshyperämie gegenüber tuberkulöser Erkrankung glaubt H. nun, dass bei der Heilung der tuberkulösen Peritonitis die venöse Hyperämie, wie sie noch tagelang nach der Operation im Bauch nachweisbar und als Folge der Darmparalyse

und Entzündungserscheinung aufzufassen ist, das wesentlich heilende Moment ist. Bleibt diese Hyperämie nach der Laparotomie aus, wie bei Operation der an tuberkulöser Peritonitis leidenden Thiere unter erwärmter Kochsalzlösung, so wurde auch keine Heilwirkung auf die Bauchfelltuberkulose erzielt. **Kramer** (Glogau).

---

4) **A. Termet.** Considérations sur la hernie crurale, sa cure radicale par le procédé de J. L. Championnière.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1898. 75 S.

Nach einer einleitenden Erläuterung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse des Schenkelbruchs beschreibt Verf. eingehend die Operationsmethode, welche L. Championnière für die Radikaloperation der Schenkelbrüche anwendet.

Durch einen senkrechten oder gebogenen 7—8 cm langen Hautschnitt legt Championnière den Bruchsack frei und isolirt ihn möglichst hoch hinauf, indem er die Fascia cribrosa zwischen 2 Arterienklemmen spaltet. Nach der Öffnung des Bruchsacks und Reposition des Inhalts bindet er den Bruchsack mit Durchstichligatur hoch oben ab und befestigt den Bruchsackstiel an die innere Bauchwand, indem er einen Katgutfaden von außen durch die Bauchwand, dann durch den Stiel und wieder zurück durch die Bauchwand führt. Zum Verschluss der Bruchpforte benutzt Championnière die Fascia cribrosa, die er mit einigen Katgutnähten an den M. pectineus unmittelbar an seinem Ansatz am Becken festheftet. Endlich vernäht er noch den Bruchkanal.

Championnière lässt die Operirten wenigstens 3 Wochen liegen und dann ohne Bruchband ihren gewöhnlichen Beschäftigungen nachgehen.

Auf diese Weise hat Championnière 63 Radikaloperationen von Schenkelbrüchen ausgeführt. Bei 34 Operirten konnte später der Erfolg festgestellt werden; es fanden sich 4 Recidive. Verf. nimmt an, dass die übrigen dauernd geheilt sind, weil sie sich nicht wieder vorgestellt haben, und berechnet die Recidive dieser Methode mit 6 %.

Buchbinder (Straßburg i/E.).

---

5) **E. Pagenstecher.** Studien über die Beweglichkeit von Bauchtumoren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 64.)

Verf. hat Behufs Vervollkommnung unserer Kritik über das für die topische Diagnose der Bauchgeschwülste so wichtige Symptom der Beweglichkeit recht interessante Leichenexperimente angestellt. Als »künstlicher Tumor« wurde ein etwa knabenfaustgroßer Gummiball an den verschiedenen zu prüfenden Eingeweiden angenäht und nach Wiederschluss der Bauchhöhle die Umgrenzung seiner Verschieblichkeit kontrollirt. Besser als eine Beschreibung mit Worten zeigen die auf diese Weise gewonnenen Zeichnungsskizzen die Resultate

der Untersuchung, wesshalb auf dieselben zu verweisen ist. Diejenige Lage, die der »Tumor« (der Versuchsball, so wie auch erfahrungsgemäß die meisten beweglichen Geschwülste in vivo), sich selbst überlassen, meist einzunehmen bestrebt ist, bezeichnet P. als »Ruhelage« — in den Skizzen ist sie als »R.« eingetragen. Ein Umriss, mit punktirter Linie gezeichnet, stellt dann die Verschieblichkeitsgrenze für die jedesmalige Annähung des Balles dar. Sie ist festgestellt für Befestigung des Balles am Mesenterium, am Blinddarm, Colon descendens, der Gallenblase, dem Magen. Für die Verschiebungsfiguren der Wanderniere giebt P. auf klinischer Beobachtung beruhende Skizzen. Überhaupt werden in der Besprechung die klinischen Befunde zum Vergleich mit dem Versuchsresultat sorgfältig herangezogen, so namentlich bei Erörterung der Gallenblasengeschwülste.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) **A. E. Barker.** The surgical affections of stomach and their treatement.

Med. publishing company London 1898. 153 p.

Vorträge, die B. im Februar 1898 vor Studenten gehalten hat. Die eigenen Erfahrungen des Verf. über das vorgetragene Gebiet sind außerordentlich gering (im Ganzen 18 oder 20 (?!) Operationen wegen Magenkrankheiten), so dass er sich wesentlich auf die Berichte anderer Autoren stützen muss. Er basirt seine Ausführungen in der Hauptsache auf die Arbeiten von Mikulicz, Doyen, Carle und Haberkant. Für den Chirurgen ist demnach keine Ausbeute zu erwarten, für diesen ist das Schriftchen ja auch nicht bestimmt. Wir bezweifeln nicht, dass Anfängern, die noch keine Kenntnisse auf dem betreffenden Gebiet besitzen und sich in dasselbe einführen lassen wollen, ihre Rechnung finden werden. Die Darstellung ist anschaulich und liest sich gut, eine große Zahl schematischer Zeichnungen erleichtert das Verständnis. Die buchhändlerische Ausstattung des Werkchens ist gut. **H. Lindner** (Berlin).

---

7) **Lennander.** Über die Behandlung des perforirenden Magen- und Duodenalgeschwürs.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 1.)

Deutsche Wiedergabe des schwedischen, in diesem Centralblatt 1898 p. 976 referirten Aufsatzes. **Haeckel** (Stettin).

---

8) **Kocher.** Über Ileus.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 2.)

K. geht davon aus, dass die Erfolge der operativen Behandlung des Ileus noch weit zurückstehen hinter dem bei Herniotomien Erreichten. Den Grund dafür sieht er in zu langem Zögern mit der

Operation; dadurch kommt es zu Nekrosen in der Darmwand in Folge extraintestinalen Drucks oder intraintestinaler Dehnung. Besonders betont K. den letzteren Punkt, die Dehnung des Darms oberhalb des Hindernisses; in demselben kommt es zur Geschwürsbildung, die durchaus nicht immer durch harte Kothmassen, sondern häufiger durch die Cirkulationstörung, die venöse Stase und dadurch bedingte Epitheldefekte zu Stande kommt; diese Geschwüre seien desshalb am besten als Dehnungsgeschwüre zu bezeichnen. Die Darmwand wird durchlässig, es kommt zur Infektion des Bauchfells. Die sofortige Beseitigung der Cirkulationsstörungen der Darmwand ist in jedem Falle von Ileus indicirt. Nichtoperative Behandlung kommt bloß für Obturations- und dynamischen Ileus in Frage, und bloß da, wo Strangulationsileus sicher ausgeschlossen werden kann.

K. hat 96 Fälle von theils akutem, theils chronischem Ileus beobachtet. Die Mortalität der Operirten betrug 38,0 %.

Haeckel (Stettin).

---

9) **J. J. Skelly.** Enterorrhaphy without buttons, plates or rings.

(Annals of surgery 1898. September.)

Verf. beschreibt eine Darmnaht, deren Princip darin besteht, dass an dem distalen Darmende eine nur aus Serosa und Muscularis bestehende Manchette präparirt und zurückgeschlagen wird; am proximalen wird in gleicher Weise und Ausdehnung nur die Serosa entfernt. Es gelingt diese Präparation beide Male ohne Schwierigkeiten. Dann werden die Darmenden in einander gesteckt, d. h. so, dass die Manschette wieder zurückgeklappt und auf die wund gemachte Fläche des proximalen Darmtheils gelegt wird. Vorher schon eingelegte, jetzt geknüpfte Nähte sichern das Ganze. Die Naht geht so schnell wie das Anlegen des Murphyknopfes.

Tietze (Breslau).

---

10) **Quénu.** Des plaies de la portion péritonéale du rectum et de leur traitement.

(Revue de chir. 1899. No. 1.)

Während unter 59 im Secessions- und im deutsch-französischen Krieg zur Beobachtung gelangten und tödlich verlaufenen Schussverletzungen des Mastdarms nur in einem Falle der mit Bauchfell bedekte Theil des letzteren betroffen war, finden sich unter 58 von van Hook zusammengestellten Fällen von Verletzungen des Mastdarms durch stechende, schneidende oder stumpfe Werkzeuge etc. allein 26 mit Eröffnung der Bauchhöhle. Q. giebt in Kürze nochmals die Krankengeschichten dieser letzteren und fügt ihnen aus der Litteratur noch 9 weitere und 1 persönliche Beobachtung an, bei welch letzterer — einen Fall von syphilitischer Mastdarmstriktur — die Flexura sigmoidea durch eine Bougie durchbohrt worden, die 6 Stunden später ausgeführte Laparotomie mit nachfolgender Naht

der Perforationsstelle, Auswaschung der Beckenhöhle und Anlegung eines iliacalen Afters zur Heilung geführt hatte. Das Material dieser 36 Fälle dient Verf. zur Besprechung der Ätiologie, Symptomatologie und Behandlung der in Rede stehenden Verletzungen, die entweder bei einem Sturz auf einen scharfen, spitzen, in den Mastdarm eingedrungenen Gegenstand oder durch Einführung eines solchen zu wolllüstigen, bezw. verbrecherischen oder zu Heilzwecken zu Stande gekommen waren. Von besonderer Wichtigkeit ist die Diagnose der Bauchfellverletzung, für deren Feststellung die Untersuchung des Mastdarms mit Finger, Spiegel und Sonde nothwendig ist; nur muss man dabei an die Möglichkeit des gleichzeitigen Bestehens einer Verletzung der Blase denken, in welche die Sonde gelangen und in der sich dieselbe, wie im Peritonealraum, frei nach allen Richtungen hin bewegen kann. In zweifelhaften Fällen darf mit einem Probebauchschnitt nicht gewartet werden. Von jenen 36 Fällen waren 27 tödlich verlaufen und nur 9, darunter 4 durch die 4 Stunden bis 4 Tage nach der Verletzung vorgenommene Laparotomie, die auch bei 2 jener tödlich verlaufenen Fälle versucht war, geheilt worden. Indess beweist diese Statistik, Mangels genauerer Einzelheiten in einem Theil der Fälle, nicht viel. Immerhin aber darf man aus ihr die Lehre ziehen, dass die Operation so schnell als möglich ausgeführt werden müsse, da der Tod schon verhältnismäßig früh — selbst 12 Stunden — nach der Verletzung in Folge von Peritonitis einzutreten pflegt. Bei Lage der Perforationsstelle zwischen Blase und Mastdarm wird die Freilegung und Anlegung der Naht durch Einführung eines Mastdarmballons erleichtert sein.

Kramer (Glogau).

---

11) **W. Wendel.** Zur Statistik und Therapie der Rectumcarcinome.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 289.)

Die W.'sche Abhandlung bearbeitet das einschlägige, im Ganzen 126 Fälle zählende Material Küster's aus den Jahren 1885 bis jetzt und gewinnt dadurch ein besonderes Interesse, dass Küster im Gegensatz zu anderen Chirurgen für Radikaloperationen des Mastdarmkrebses die von Kraske eingeführte sacrale Schnittführung zwar für die hochsitzenden Geschwülste angenommen hat, im Allgemeinen aber die älteren perinealen Methoden viel häufiger ausübt und letzteren in jeder Beziehung günstigere Resultate zuschreibt, als den sacralen. Die Verschiedenheit des operativen Vorgehens bei Küster und anderen namhaften Chirurgen so wie die entsprechend verschiedenen Procente Betreffs Operationsmortalität und Dauerheilung lehrt folgende Tabelle:

Operateur	Zahl der sacralen Operationen	Davon dauernd geheilt	Im Anschluss an die Operation gestorben	Zahl der perinealen Operationen	Davon dauernd geheilt	Im Anschluss an die Operation gestorben
Kraske	80	5 = 6,2%	15 = 18,7%	—	—	—
Hochenegg	89	11 = 12,4%	8 = 9,0%	6	1 = 16,6%	—
Mikulicz	57	4 = 6,06%	14 = 24,56%	9	—	3 = 33,3%
Küster	46	7 = 15,2%	14 = 30,4%	46	8 = 17,6%	8 = 17,6%
Summa	272	27 = 10%	51 = 18,7%	61	9 = 14,8%	11 = 18%

Auf Grund seiner Erfahrungen und Zahlen hält Küster daher ein zunehmendes Verlassen der perinealen Methoden für nicht gerechtfertigt. Küster fand auch, dass das Krankenlager bezw. die Heilungsdauer nach den sacralen Operationen länger dauerte. Nach der perinealen Methode (Lisfranc'sche Amputatio recti) betrug das Krankenlager durchschnittlich 36 Tage, nach sacraler Mastdarmamputation aber durchschnittlich 46 Tage. Ungleich länger aber wird dasselbe, wenn eine sacrale Mastdarmresektion gemacht wird und während der Heilung, wie es in Küster's Material in 72% der Fälle geschah, sich eine sacrale Kothfistel einstellt. In etwa $^1/_3$ der Fälle schloss sich die Fistel spontan, meist aber stellte sich in der Höhe der Kothfistel Falten-, bezw. Spornbildung der vorderen Mastdarmwand ein, deren Beseitigung sowohl eine Bougiekur als eine plastische Operation erforderte. Für die letztere werden Silberdrahtnähte empfohlen.

Was die palliativen Operationsmethoden betrifft, so hat Küster eine Ausschabung 20mal gemacht. 5 Pat. erlagen der Operation. Wurde die Darmstenose gebessert, so hielt der Erfolg doch nur kurze Zeit an. Seit 6 Jahren hat Küster daher diese Operation nicht mehr geübt. Kolostomien wurden 5 gemacht, 2 davon tödlich ablaufend. Die 3 genesenen Kranken lebten durchschnittlich noch $1^7/_{12}$ Jahr und befanden sich unter Gebrauch einer Pelotte erträglich.

Von technischen Details der radikalen Operationen ist Folgendes noch von Interesse. Außer 38 Lisfranc'schen perinealen Mastdarmamputationen wurden in 8 Fällen vom Damm her partielle Geschwulstexcisionen bezw. Darmresektionen vorgenommen. Die sacralen Voroperationen bestanden 10mal in einer definitiven, 1mal in einer temporären Resektion des Steißbeins, 12mal in temporärer Resektion des Kreuzbeins (nach welcher Methode ist nicht angegeben), im Rest der Fälle (23mal) in der Kraske'schen Kreuzbeinresektion. Das Bauchfell wurde im Ganzen bei 40 Kranken eröffnet, von welchen 3 an Peritonitis starben. Von den 40 Eröffnungen fallen 13 auf die perinealen, 27 auf die sacralen Methoden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

12) **Herrmann.** Beiträge zur Frage: Ist die Cholelithiasis intern oder chirurgisch zu behandeln?

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 2.)

H., Spitalsdirektor in Karlsbad, legt eine Lanze für das Karlsbader Wasser ein, dem er entschieden eine cholagoge Wirkung zuschreibt; dasselbe wirke nicht als Abführmittel bei Gallensteinen, auch habe es keine direkte steintreibende Kraft. Die beruhigende Wirkung der Karlsbader Kur in Bezug auf die Anfälle, die von zahlreichen Kranken angegeben werde, käme daher, dass chemisch oder bakteriologisch nicht normale Galle durch die cholagoge Wirkung der Therme weggespült und durch normale ersetzt werde. Es würden so die Gallensteine gewissermaßen in Latenz versetzt, sie werden (was gewiss Vielen neu sein dürfte; Ref.) am Austreten aus der Gallenblase verhindert: »Wenn irgend eine interne Medikation im Stande ist, dies Austreten zu verhindern, dann leistet sie in gewisser Hinsicht nicht viel weniger als die Chirurgie, welche die Steine überhaupt entfernt«. Dabei geht H. von der Ansicht aus und betont aufs Nachdrücklichste, dass »die Gallensteine an und für sich zu keinen Symptomen Anlass geben, so lange sie nicht aus der Gallenblase austreten«. (Man sieht, dass doch noch viel fehlt, bevor die neuen Ansichten über Pathogenese des Gallensteinanfalls Allgemeingut werden. Ref.)

Wenn H. betont, dass in Karlsbad sehr wenig Kranke an Gallensteinen sterben, so ist darauf weniger Gewicht zu legen, als auf seine Beobachtungen über Recidive an Operirten. Er beobachtete 15 früher wegen Gallensteinen Operirte; von diesen hatten 7 Recidive von Anfällen.

Er präcisirt die Indikationen für die interne Behandlung der Gallensteinkranken dahin, dass er alle mit der regulären Form der Cholelithiasis (nach Naunyn) Behafteten, und das seien 95% der in Karlsbad behandelten Gallensteinkranken, der internen Behandlung zuweist; Misserfolge seien selten. Bei der irregulären Form sind Mineralwasserkuren erfolglos.

Haeckel (Stettin).

---

13) **P. Poppert.** Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis.

(Sonderabdruck aus der Zeitschrift für praktische Ärzte 1898. No. 18.)

P. räth zu möglichst frühzeitiger Operation und ist zu dieser Anschauung gelangt auf Grund zunehmender Erfahrung, die ihn sowohl von der Nothwendigkeit als auch der Ungefährlichkeit des chirurgischen Eingriffs überzeugte.

Bei regulärem Verlauf der Cholelithiasis — kolikartige Schmerzen in der Magen- und Lebergegend, von Ikterus gefolgt, Steine im Stuhl — ist in der Regel ein Eingriff nicht erforderlich.

Bei irregulärem Verlauf — Koliken ohne Abgang von Steinen und meistens ohne Ikterus — giebt die Entzündung der Gallenblase

als vorwiegende Ursache der Koliken überhaupt die Veranlassung zum Eingriff.

Eine einfache katarrhalische Cystitis kann spontan heilen, indessen ist es unmöglich, die Schwere der Erkrankung aus den Symptomen vorher zu diagnosticiren.

Die Wirkung der Karlsbader Kur lässt sich nur dadurch erklären, dass die Entzündung der Blase durch sie günstig beeinflusst wird. In Folge Abschwellung der Gallengänge kann es alsdann zum Abgang von Steinen kommen, wenn sie nicht zu groß sind. Die größeren bleiben in der Blase liegen, ohne aber Beschwerden zu machen. Die Karlsbader Kur eignet sich daher für solche Fälle, wo die Anfälle in längeren Zwischenräumen auftreten, und im Stuhl regelmäßig Steine nachzuweisen sind.

Folgen die Anfälle aber rasch auf einander, und wird der Kranke hierdurch sehr geschwächt, so liegt hierin die Indikation zum operativen Vorgehen.

Auch Verwachsungen der Gallenblase mit der Nachbarschaft können zu Koliken Anlass geben und die Operation erfordern.

Letztere ist stets angezeigt bei dauernder Vergrößerung der Gallenblase, ferner wenn sich andauerndes Fieber zeigt, also Eiterung droht, und drittens bei chronischem Ikterus in Folge von Choledochusverschluss.

Die Operation selbst ist nahezu ungefährlich; die Peritonitis lässt sich auch bei einzeitigem Operiren nach der Methode von P. (die Gallenblase wird nicht mehr vor der Eröffnung an das parietale Peritoneum angenäht, um so einen Abschluss gegen die Bauchhöhle zu gewinnen, Ref.) mit der größten Sicherheit vermeiden.

Gallenfisteln und Bauchbrüche in der Operationsnarbe hat P. bei seinen letzten 80—90 Fällen nicht mehr beobachtet.

Sitzen die Steine im Cysticus oder Choledochus, so ist die Technik schwieriger, die Prognose aber jetzt auch eine günstige.

P. stützt seine Erfahrungen auf 88 Fälle von Gallenblasenschnitt, 5 Fälle von Cysticusschnitt und 15 Fälle von Choledochusschnitt; 14mal wurde die Gallenblase exstirpirt. **F. Hansen** (Herborn).

---

14) **Naunyn.** Über die Vorgänge bei der Cholelithiasis, welche die Indikationen zur Operation entscheiden.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 1.)

Wenn **Riedel** noch vor Kurzem klagte (s. d. Centralblatt 1898 No. 39), dass trotz der Aufschlüsse über das Wesen der Gallensteinkolik, welche durch die Autopsie in vivo von den Chirurgen gegeben worden sind, immer noch das alte Schema vom Wandern der Steine in den Köpfen der Ärzte festwurzle, so wird es ihn gewiss mit Befriedigung erfüllen, dass N. sich entschieden auf seine Seite stellt und die Bedeutung der Cholecystitis und Cholangitis für die Gallensteinkolik voll würdigt.

N. betont, dass in der Privatpraxis die Cholelithiasis ein minder schweres Bild darbiete als im Hospital, und hat trotz der düsteren Darstellung des unoperirten Leidens von Seiten der Chirurgen die Überzeugung, dass es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auch ohne chirurgischen Eingriff einen günstigen Verlauf nimmt. Allerdings können höchstens kirschengroße Steine die Papilla duodeni passiren, aber oft komme es zur Bildung einer Choledocho-duodenalfistel, und die lässt dann auch erheblich größere Steine durch.

Die Indikationen zur Operation stellt N. folgendermaßen auf:

1) Jede Cholelithiasis, sobald die Diagnose sicher gestellt ist, zur Operation zu empfehlen, geht nicht an; denn noch bietet die Operation nicht sichere Garantie der Heilung, da einmal Steine zurückbleiben oder neue sich bilden können.

2) Die akute Cholecystitis mit breit vorliegender Gallenblasengeschwulst, so wie die chronische mit Hydrops vesicae felleae sollen operirt werden.

3) Bei chronisch-recidivirender Cholelithiasis und

4) bei Obstruktionsikterus soll operirt werden, aber nur, nachdem eine gründliche Karlsbader Kur ohne Erfolg gewesen ist.

Haeckel (Stettin).

---

15) **Loebker.** Meine Erfahrungen auf dem Gebiet der Pathologie und chirurgischen Therapie der Cholelithiasis.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 1.)

Auch L. stellt sich in Bezug auf die Pathogenese des Gallensteinanfalls und die Bedeutung der entzündlichen Processe dabei ganz auf Riedel's Standpunkt.

Er hat, abgesehen von den mit Carcinom behafteten, 155 Kranke operirt; davon entfallen 37 auf die Cholecystotomie, 87 auf Exstirpation der Gallenblase, 12 auf die Cholecystostomie, 13 auf die Choledochotomie; die übrigen betreffen Cholecystenterostomie, peritonitische Eiterung, Verwachsungen etc. Von den 155 Operationen heilten 149; es starben 6.

L. ist Anhänger der sog. idealen Operation, d. h. Naht und Versenkung der Gallenblase nach Herausnahme der Steine. Der hohe Procentsatz von Gallenblasenexstirpationen erklärt sich daraus, dass L. diese Operation ausführt, wenn die Gallenblase geschrumpft oder ihre Schleimhaut schwer entzündlich verändert ist, besonders aber, wenn sie mit Steinen prall gefüllt ist, ohne dass Kolikanfälle und Ikterus bestanden haben, da ihm gerade diese Fälle besonders verdächtig auf spätere Carcinombildung sind.

Nicht die bloße Anwesenheit der Steine indicirt ihm die Operation, auch nicht die bloße Wiederholung der Koliken, sondern der Nachweis entzündlicher Processe, Druckempfindlichkeit und Geschwollensein der Gallenblase in den Zwischenzeiten. Ferner soll man bei Choledochussteinen operiren, wenn wiederholte heftige Koliken keine Steine in den Darm befördert haben.

Haeckel (Stettin).



Kleinere Mittheilungen.

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

100. Sitzung am Montag, den 6. Februar 1899, im städt. Krankenhaus am Urban.

Vorsitzender: Herr Körte.

Tagesordnung.

1) Herr Israël: Beitrag zur Ureterchirurgie.

Es waltet jetzt in der »Nierenchirurgie« das Bestreben vor, nicht mehr typische Operationen vorzunehmen, sondern eine ätiologische Therapie zu treiben.

Bei vorhandener Hydro- resp. Pyonephrose versucht man es jetzt, die Ursache der Retention und Infektion zu beseitigen mit Erhaltung des Organs. Nach dem Sitz des Abflusshindernisses können diese an der Niere, dem Harnleiter, der Blase ihren Angriffspunkt nehmen.

An der Niere 1) bei Steinen oder 2) ventilartig wirkenden, klappenförmigen Schleimhautduplikaturen am Übergang vom Nierenbecken zum Ureter, 3) bei Dislokationen der Niere mit consecutiver Abknickung resp. Torsion des Ureters, 4) bei ungleichmäßiger Erweiterung des Nierenbeckens, durch welche der Ureter nicht mehr an dem tiefsten Punkt des Reservoirs abgeht, dieser tiefste Punkt vielmehr einen Blindsack bildet: 1) durch Entfernung der Steine nach Incision mit Erhaltung der Niere, — 2) durch Beseitigung der Klappen nach Incision des Nierenbeckens, — 3) durch Normalisirung des Ureterverlaufs mittels Fixation der Niere in normaler Lage, — 4) durch Herstellung der normalen Trichterform durch Pyeloplicatio.

Neueren Datums sind die Bestrebungen, Abflusshindernisse, die aus anormalen Zuständen des Ureters hervorgegangen sind, zu beseitigen. So bei Konkrementen, Verlaufsanomalien durch Adhäsionen, Kompression des Ureters gegen das gefüllte Nierenbecken durch einen Ast der Nierenarterie, Stenosen, eventuell auch Tumoren (Papillome).

Dabei kommt in Frage die Entfernung der Steine durch Ureterotomie oder Verschiebung in das Nierenbecken, Durchtrennung von verziehenden und abknickenden Adhäsionen, Befreiung des Ureters aus der Umklammerung des komprimirenden Arterienastes, Beseitigung der Strikturen durch allmähliche Dilatation, Resektion des strikturirten Abschnitts mit Wiederherstellung der Kontinuität.

Der 3. Angriffspunkt, die Blase, kommt in Betracht, wenn ein Stein in der Ureterpapille steckt, oder eine Blasengeschwulst den Abfluss aus dem Ureter verlegt.

Eine Ureterresektion wegen Striktur, wahrscheinlich den 1. Fall dieser Art, hatte I. Gelegenheit, an einem jungen, 20jährigen Mädchen (Virgo) vorzunehmen.

Dieselbe litt seit ca. $1/2$ Jahre an Urinbeschwerden, dem Urin waren außer Eiterkörperchen vereinzelte rothe Blutkörperchen beigemischt, Betastung der Blase von außen äußerst schmerzhaft, Cystoskopie wegen zu geringer Kapacität unmöglich, Tuberkelbacillen im Urin trotz häufiger Untersuchungen nicht nachweisbar.

Später traten unregelmäßige Fieberanfälle auf, Vergrößerung der linken Niere während der Anfälle — daher Annahme einer intermittirenden Pyonephrose. Als es nach 7monatlicher Behandlung endlich möglich wurde, mit Hilfe von Cocain und Chloroformnarkose eine Cystoskopie vorzunehmen, fand sich die Blase gesund, aus dem linken Ureter Entleerung von eitrigem Urin.

I. legte nunmehr die Niere frei und fand ein sehr vergrößertes, prall fluktuirendes Organ mit einem hühnereigroßen Nierenbecken; der Ureter ließ sich als ein dicker, prall gefüllter, vielfach gewundener Schlauch von 12 mm Durchmesser bis in das kleine Becken verfolgen.

Bei Spaltung der Niere am konvexen Rand entleerte sich viel trübe Flüssigkeit mit Eiterflocken; die Sondirung des Ureters vom Nierenbecken aus ergab eine gänzlich impermeable Striktur, 3 cm oberhalb der Blasenmündung.

J. vernähte nun die Wundränder der gespaltenen Niere mit denen der durchtrennten Bauchmuskeln; alle späteren Sondirungsversuche von der Niere und der Blase aus misslangen.

Etwa 8 Monate nach diesem Eingriff, nachdem der aus der linken Niere secernirte Urin klar geworden, führte I. zur Beseitigung des Abflusshindernisses die Resektion des strikturirten Ureterabschnitts aus und implantirte den oberhalb der Striktur durchschnittenen Harnleiter in eine neue Öffnung an der extraperitonealen Hinterwand der Blase, welche durch einen von der Harnröhre aus eingeführten Katheter hervorgestülpt und incidirt worden war.

Um nun eine Stenosirung des Ureters durch die Naht oder spätere Narbenkontraktur zu verhüten, schaffte sich I. durch Aufschlitzung des Ureters in 1 cm Länge eine längere Vereinigungslinie und vereinigte Ureterschleimhaut mit Blasenschleimhaut, Uretermuskulatur und Adventitia mit den entsprechenden Schichten der Blasenwand.

Der retroperitoneale Raum wird tamponirt, die Bauchdecken partiell vernäht, der Rest der Bauchwunde nach einigen Tagen geschlossen.

Da sich jedoch die Hoffnung, die Nierenfistel würde sich nunmehr spontan schließen, nicht erfüllte, schritt I. nach 3 Wochen Abwartens zum operativen Verschluss derselben, nachdem er sich von der Durchgängigkeit des Ureters (durch hermetischen Abschluss der Nierenfistel) überzeugt hatte. — I. konnte außerdem konstatiren, dass sich ein den normalen Verhältnissen ähnlicher Ventilmechanismus an der Einmündung des Ureters in die Blase gebildet haben musste; denn, wenn er durch die Nierenfistel einen an beiden Enden offenen Katheter bis zur Eintrittsstelle des Ureters in die Blase einführte, floss Urin rückläufig durch den Katheter aus, nicht aber nach Zurückziehen desselben — trotz Drucks auf die gefüllte Blase.

Er umschnitt die alte Nephrotomienarbe mit der Fistel und excidirte sie, löste die Niere von den Bauchdecken los und schloss die Wunde. Das excidirte strikturirte Stück lässt für das bloße Auge kein Lumen erkennen, auf mikroskopischen Querschnitten zeigt sich Folgendes: Die Mucosa ist gänzlich zu Grunde gegangen an Stelle des Lumens zeigt sich Granulationsgewebe, im perivaskulären Gewebe zweier Venen der Adventitia findet sich ein aus runden epithelioiden Zellen zusammengesetztes Knötchen ohne Verkäsung und ohne Riesenzellen, was den Verdacht auf Tuberkulose zwar nahe legt, aber nicht beweist.

Unter 21 am Ureter ausgeführten Operationen hat I. 5mal eingekeilte Steine durch Incision entfernt (3mal sofortige Vernähung der Ureterwunde); in 2 Fällen, in denen er die Steine bimanuell von der Scheide aus abtasten konnte, bahnte er sich einen Weg zu ihnen durch Incision des Scheidengewölbes, in 2 anderen legte er den Ureter extraperitoneal mittels eines parallel dem Lig. Pouparti verlaufenden Schnitts frei.

2mal gelang es ihm, nach Freilegung von Niere und Ureter bis zur Stelle der Verstopfung durch den Stein, den letzteren ohne Verletzung des Ureters zurückzuschieben und mitsammt den Nierensteinen durch Pyelotomie resp. Nephrotomie zu entfernen.

3mal musste der ganze steinerfüllte Ureter entfernt werden.

Vortr. demonstrirt einen solchen von Daumendicke und doppelter Fingerlänge. In 2 Fällen hat er gleichzeitig mit der tuberkulösen Niere den gesammten tuberkulösen Ureter exstirpirt; partielle Ureterexstirpationen aus gleicher Ursache hat er bei vielen Nierentuberkulosen ausgeführt.

Außer dem oben erwähnten Falle der Resektion des vesicalen Endstücks des Harnleiters mit Implantation in eine neue Stelle der Blase hat er diese Operation vorgenommen im Anschluss an eine partielle Exstirpation eines Blasencarcinoms.

Durch eine plastische Operation beseitigte er in einem anderen Falle eine dicke, einem mittleren Prostatalappen ähnliche, ventilartig wirkende Schleimhautklappe, indem er nach Eröffnung des pyonephrotischen Nierenbeckens die Klappe in der Längsrichtung des Ureters bis an die Basis spaltete, die beiden Hälften in

querer Richtung aus einander zog und in dem nun klaffenden Spalt die Schleimhaut des Nierenbeckens mit der des Ureters vernähte.

5mal beseitigte er Abknickungen und Verwachsungen zwischen Ureter und Nierenbecken durch Lösung von Adhäsionen. Bei einer herabgesunkenen Niere mit starker Hydronephrose war der Ureter an seinem Austritt komprimirt durch einen quer über ihn hinwegziehenden Ast; Arterie und Ureter in gekreuzter Lage durch Adhäsionen an das Nierenbecken fixirt.

J. trennte die Adhäsionen, fixirte die Niere an normaler Stelle und verkleinerte das Nierenbecken mittels Pyeloplicatio.

Unter diesen 21 Fällen sind 19 völlig geheilt unter Erhaltung und Restitution der Niere, 1 noch in Behandlung, 1 gestorben an hämorrhagischer Entzündung der rechten Niere, die eben so wie der linke Ureter und die linke Niere mit Steinen erfüllt war, und die vor 10 Tagen mit Erfolg (nach 8 Tage bestehender Anurie mit Urämie) entfernt worden waren.

Im Anschluss hieran demonstrirt Herr Körte 2 Nierensteine, die er unlängst durch Operation gewonnen.

Der 1. stammt von einer 48jährigen Frau, deren Urin seit Jahresfrist getrübt aussah, und bei der sich allmählich eine Anschwellung der rechten Nierengegend entwickelt hatte.

Bei einer früher von anderer Seite vorgenommenen Cystoskopie war aus dem rechten Ureter Abgang von eiterhaltigem Urin konstatirt worden, links soll derselbe klar gewesen sein.

K. fand in der rechten Nierengegend einen höckrigen Tumor, bei der Cystoskopie Ausfließen von trübem Urin aus der rechten Ureterenöffnung, die linke konnte mit Sicherheit überhaupt nicht aufgefunden werden; linke Niere nicht fühlbar.

Vortr. nahm Pyonephrose der rechten Niere mit Steinbildung an und legte sie frei; er eröffnete mehrere jauchige Abscesse und fand im Nierenbecken einen Stein, der mit zahlreichen Fortsätzen in die Calices fest eingekeilt war, so dass er gezwungen war, um ihn zu entfernen, die ganze Niere zu exstirpiren.

Die Frau ließ 6 Tage lang keinen Urin und starb an Urämie.

Die linke Niere war ebenfalls in einen eitererfüllten Sack verwandelt, der Ureter kurz nach dem Abgang aus der Niere durch einen Stein verschlossen.

2. Fall. Eine 40jährige Frau wurde ihm mit der Angabe zugeschickt, dass sie an Nierensteinen leide — nach Auftreten eines typischen Kolikanfalls der linken Niere legte K. dieselbe frei und entfernte einen Stein.

Naht. Heilung.

Herr Herzfeld: Gallensteinileus.

Die 63 Jahre alte Pat. erkrankte plötzlich mit Leibschmerzen und Erbrechen, hatte aber noch einmal Stuhlgang.

Vor einem halben Jahre war sie an einer mit Schmerzen in der rechten Bauchseite, Fieber und Gelbsucht einhergehenden Erkrankung mehrere Wochen in einem Krankenhause behandelt worden; von einer beabsichtigten Operation wurde Abstand genommen, da sie wieder genas und ein halbes Jahr gesund blieb.

Bei der Aufnahme war der Bauch mäßig aufgetrieben und links vom Nabel druckempfindlich; Darmschlingen traten reliefartig hervor, vermehrte Peristaltik, Darmgeräusche, geringes freies Exsudat in der Bauchhöhle; Puls 120, Temp. 38,1.

Eingießungen blieben erfolglos; Pat. erbrach fäkulent. Diagnose: Ileus und in Anbetracht der Anamnese vielleicht Gallensteineinklemmung. Daher Laparotomie. Systematisches Absuchen des Darmes; in einer hohen Jejunumschlinge ein walnussgroßer Stein. Einschneiden auf denselben und Extraktion. Doppelreihige Naht, Schluss der Bauchwunde. Am nächsten Tage Stuhlgang. Heilung.

Zu diesen Ausführungen bemerkt Herr Körte, dass im Krankenhaus am Urban bisher 7 Fälle beobachtet resp. operirt wurden, davon 5 geheilt.

Obwohl die demonstrirten Steine sämmtlich nicht groß sind, kleiner als z. B. ein Murphyknopf, den man doch unbedenklich einführe, ist es doch wunderbar, dass sie eine Einklemmung machen konnten.

Verschiedentlich sei Peritonitis als Ursache angegeben worden, diese sei jedoch nicht Ursache, sondern Folgezustand. Auch die von Czerny vertretene Ansicht, dass der Stein die Därme nach dem kleinen Becken zu zerre und Abknickung mache, könne nicht zutreffend sein. Eine von anderer Seite, u. A. von König beobachtete, durch den Stein hervorgerufene Invagination konnte K. an seinen Fällen nicht konstatiren.

Er glaubt annehmen zu müssen, dass der Darm durch den Stein in einen chronischen Reizzustand versetzt werde, dadurch Katarrh entstehe und der dadurch ausgelöste Reflex die Darmeinschnürung hervorrufe.

Riskant sei es, den Vorschriften Naunyn's entsprechend, einen spontanen Abgang des Steines abzuwarten; ein von K. abgewarteter Fall starb an Peritonitis, ein anderer, zwar geheilt, behielt fortdauernd Adhäsionsbeschwerden zurück. K. operirt zwischen dem 3. und 6. Tage; vorher eine Diagnose zu stellen, sei beinahe unmöglich.

Darauf stellt er einen Pat. vor, den er wegen Gangrän der linken Lungenspitze mit günstigem Erfolg operirt hatte. Derselbe hatte — zunächst auf der inneren Abtheilung des Herrn Fränkel aufgenommen — fieberhafte Symptome mit Husten und Auswurf gezeigt; die Menge desselben betrug schließlich 300 ccm, stank furchtbar, zeigte schon makroskopisch einen reichlichen Gehalt von Lungengewebe in Form von Fetzen. Es fand sich perkutorisch eine Dämpfung über der rechten Lungenspitze vorn bis zur 3. Rippe, in der Spitze und Achselhöhle amphorisches Hauchen.

K. konnte zwar Höhlensymptome nicht konstatiren, entschloss sich aber in Anbetracht der zunehmenden Kachexie und des stinkenden Auswurfs zur Operation. Er bildete einen großen Hautmuskellappen, dessen untere Grenze vorn vom rechten Sternoclaviculargelenk an der 3. Rippe entlang bis nach hinten zur Schulterwölbung zurücklief, wobei auch der Deltoideus zertrennt wurde, und resecirte von der 2. und 3. Rippe ca. 8 cm. Die Pleurablätter waren verwachsen, die Probepunktion ergab nur Luft, keinen Eiter; beim Einschneiden mit dem Thermokauter kam er in 3 cm Tiefe in einen faustgroßen Hohlraum, entleerte eine Menge stinkenden Eiter, so wie einen großen Lungensequester. Bei der Durchleuchtung der Höhle mittels des Cystoskops fand sich ein deutlich baumartig verzweigtes Gebilde, welches den ganzen Hohlraum durchzog, das ein Bronchialbaum zu sein schien, sich aber bei genauer Betrachtung als eine deutlich pulsirende große Arterie erwies, die mitten in der Höhle freilag; dieselbe wurde wegen der Gefahr der Berstung per arrosionem unterbunden. K. tamponirte die Höhle mit Jodoformgaze, die kolossale Wunde zog sich bald zusammen, die Höhle hat sich zur Zeit noch nicht geschlossen, da die unnachgiebigen Wände den völligen Schluss erschweren.

Ein jetzt zufällig in seiner Behandlung stehender, vor Jahresfrist von Mikulicz wegen ähnlicher Ursache operirter Fall ist bis auf eine lippenförmige Fistel ausgeheilt, die eine schleimige Flüssigkeit absondert.

In der sich anschließenden Diskussion erwähnt Herr Karewski, dass er den Schluss einer großen Lungenhöhle resp. Wunde, die nach Operation der Aktinomykose der Lunge zurückblieb, durch wiederholte Thermokauterisationen nach 1¼ Jahr erzielt, er glaubt, dass die Heilung durch das Lungenepithel zu Stande kommt.

Die Funktion des Armes bei seinem Pat. war nicht ganz zufriedenstellend, während sie in dem Körte'schen Falle eine gute war, resp. blieb.

Herr Langenbuch fand einmal in einem jauchig-eitrigen Pleuraexsudat, das er mittels Rippenresektion entleerte, den ganzen mittleren gangränösen Lungenlappen schwimmend. Trotz der enormen Größe der zurückbleibenden Höhle und des Substanzverlustes erfolgte doch schließlich Heilung. Er glaubt, dass die sich durch Emphysem vergrößernde Lunge das Loch ausfüllt. Ein anderer ähnlicher Fall heilte innerhalb eines Jahres mit einer eingezogenen Narbe. Er fügt noch hinzu, dass im ersten Falle das Lungenstück ein derber fester Körper, also nicht matsch, war.

Herr Israël erlebte bei Eröffnung einer Kaverne (Gangrän des rechten Unterlappens) einen Todesfall.

Er fand zwar bei der Rippenresektion eine Verwachsung der beiden Pleurablätter, aber bei einem Hustenstoß riss die Pleura ein; bei der zweiten Operation fand sich noch eine Verklebung der beiden Pleuren, aber bei der Probepunktion entstand eine Suffokation, und ein Blutgerinnsel, Abguss eines Bronchus entleerte sich aus dem Mund. Sektion nicht gestattet.

I. glaubt nicht, dass die Blutung aus der Eiterhöhle kam.

Herr Herzfeld: Magenschuss.

Die 38jährige Pat. hatte sich mit einem 7 mm Geschoss verletzt, nachdem sie 4 Stunden vorher die letzte Nahrung zu sich genommen hatte.

Status, 2 Stunden nach der Verletzung: In der linken Mammillarlinie, im 8. Interkostalraum eine Einschussöffnung, Ausschussöffnung nicht vorhanden. In der linken Pleurahöhle kleiner Erguss. Bauch nicht aufgetrieben, nur das Epigastrium vorgewölbt und druckempfindlich. Keine freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle.

Laparotomie. Schnitt am linken äußeren Rectusrand, Loch im Peritoneum und der vorderen Magenwand, entsprechend der Größe des Projektils. Aus den Rändern der Magenwunde blutete es, Schleimhaut war nicht prolabirt, Mageninhalt sickerte aus. Naht des Loches in der vorderen Magenwand, Durchtrennung des Ligamentum gastrocolicum und Eröffnung der Bursa omentalis, um zur hinteren Magenwand zu gelangen und eventuell eine Ausschussöffnung zu finden; dies gelingt aber bei der fetten, muskulösen Pat. nur unvollkommen, mit dem Finger war ein Loch indess nicht zu fühlen; Muskulatur an der Wirbelsäule blutig suffundirt. Jodoformgazedrainage der Bursa, im übrigen Naht der Bauchdecken. Gegen Schluss des Eingriffs erfolgte Bluterbrechen.

Ernährung 4 Tage lang ausschließlich per rectum, dann vorsichtig per os.

Am 8. Tage Fieber, Dämpfung links hinten unten über den letzten 3 Rippen, die nach der Mitte nicht ganz bis zur Wirbelsäule reicht, Druck auf die nicht vorgewölbten Interkostalräume schmerzhaft, Athmungsgeräusch im Dämpfungsgebiet abgeschwächt; kein Husten oder Auswurf.

In der Annahme eines subphrenischen Abscesses Probepunktion, welche röthlichen sauer riechenden und reagirenden Eiter ergiebt. — Resektion eines Stücks der XI. Rippe, Umsäumung der Pleura costalis und diaphragmatica, Incision des Zwerchfells, Entleerung von etwa 2 Esslöffel Eiter der beschriebenen Art aus einer Höhle, in die der Finger längs des vorderen Milzrandes gelangt. Drainage des Abscesses, Fieberabfall. Leichtes Pleuraexsudat als Reaktion auf den perpleuralen Eingriff macht zunächst keine Störungen, vereitert aber nach 14 Tagen unter Eintritt von Schüttelfrösten und rapidem Verfall der Kranken.

Entleerung des Empyems von der Resektionsstelle aus. Drainage der Pleurahöhle.

Trotzdem noch 3 Monate anhaltendes hochremittirendes Fieber mit Schüttelfrösten, deren Ursache nicht nachgewiesen werden konnte.

Schließlich hörte das Fieber auf, und Pat. genas.

Hierauf stellt Herr Körte eine Pat. vor, an der er die Gastroenterostomia retrocolica (Methode Billroth II) ausgeführt, ferner einen anderen Pat., bei welchem er wegen Ulcus ventriculi eine Resektion vorgenommen. Er hatte beabsichtigt, eine Gastroenterostomie auszuführen, resecirte aber, weil der Pylorus hart und eng war.

Die Frage des Herrn Hahn, ob die Lymphdrüsen geschwollen gewesen, wird seitens K.'s verneint.

Hierauf zeigt er das Präparat eines Magens, der an der kleinen Curvatur 2 Ulcera, den Pylorus verschlossen zeigt.

Es stammt von einem seit Jahren magenkranken Manne, der alle 2—3 Wochen an Blutungen litt und dadurch sehr heruntergekommen war.

K. operirte ihn auf seinen Wunsch, da er hoffte, eine Gastroenterostomie machen zu können. Er fand aber nach Eröffnung des Peritoneums am Pylorus

eine steinharte Geschwulst, Infiltration an der Curvatur, vermuthlich ein Carcinom, aus dem die Blutung stammte. Er nahm eine Resektion vor, der Pat. starb aber am 4. Tage nach der Operation an eitriger Bronchitis.

Isolirte Verletzung der Vena subclavia.

Einem 45jährigen Schlosser sprang ein Stück eines geplatzten Schleifsteins gegen die Brust, die Wunde war — außerhalb des Krankenhauses — verbunden resp. tamponirt worden, die sehr heftig gewesene Blutung stand.

Beim Verbandwechsel in Narkose und Dilatation der Wunde zeigte sich das Schlüsselbein zerschlagen und ein Schlitz in der Vene. Die Arterie war unverletzt. K. nähte den Schlitz; da aber nach Aufhören der Kompression aufs Neue eine Blutung eintrat, machte er eine doppelte Unterbindung. Naht der Clavicula mit Draht.

Eine bald sich einstellende kolossale Stauung im Arm verschwand allmählich wieder.

Herr Langenbuch sah sich bei einer ähnlichen Verletzung (Stich in den Oberschenkel) genöthigt, da aus der dilatirten Wunde venöses und arterielles Blut hervorsprudelte, Arterie und Vene zu unterbinden.

Bis auf eine Gangrän von 2 Zehen erfolgte glatte Heilung.

Herr Brentano stellt einen Fall von multilokulärem Knochenechinococcus vor, der einen 61jährigen Maler betrifft. Pat., der niemals Norddeutschland verlassen hat, bemerkte zuerst im Jahre 1893 nach einem Fall auf die rechte Hüfte eine kleine Geschwulst auf der Höhe des rechten Darmbeinkamms, die er, trotzdem sie allmählich größer wurde, erst beachtete, als sie im November 1898 aufbrach, und sich etwa $1^1/_2$ Liter Eiter aus ihr entleerte.

Wenige Tage darauf Aufnahme ins Krankenhaus am Urban. Bei der Untersuchung fand sich ein etwa 3mannsfaustgroßer Tumor der Hinterfläche der rechten Darmbeinschaufel aufsitzend, der etwa von der Symphysis sacroilica bis zum Trochanter major reichte. Die Oberfläche der Geschwulst war meist uneben und höckrig, ihre Konsistenz, namentlich in den oberen Partien, fast knorpelhart, in den unteren stellenweise weicher, mehr prallelastisch, und ihre Beweglichkeit im Ganzen gering. Mit der Haut war der Tumor nur in der Nähe seines unteren Pols verwachsen; hier bestand Röthung und eine etwa erbsengroße Perforation, aus der sich eigenthümliche, krümlige Massen, an gekochten Reis erinnernd, entleerten.

Blasen oder Knochendetritus waren makroskopisch in den austretenden Zerfallsprodukten nicht zu erkennen. Mit der Sonde kam man von der Perforationsöffnung aus in eine geräumige, starrwandige Höhle, aber nirgends auf rauhen Knochen.

Die operative Entfernung der Geschwulst gelang in toto und bot keine großen Schwierigkeiten. Ihre wahre Natur wurde erst bei der Untersuchung des Präparats (Prosektor Dr. Benda) bekannt.

Als Ausgangspunkt der Erkrankung ist die Crista ossis ilei zu betrachten, von der ein ca. 8—10 cm langes und 4 cm hohes Stück, das das Bild gewöhnlicher Caries bot (kleine Blasen), resecirt wurde.

Pat. ist geheilt, nur an der Resektionsstelle ist der Knochen noch mit einem schmalen Granulationsstreifen bedeckt; eine anderweitige nachweisbare Erkrankung derselben Art liegt nicht vor.

Herr Benda (Prosektor) demonstrirt das betreffende Präparat.

Es besteht aus einem Sack von fast Kindskopfgröße. Die Wand ist an verschiedenen Stellen, besonders an dem derberen oberen Ende, von einer weißen, geschwulstartigen Masse gebildet, die an der Höhlenoberfläche beginnt und stellenweise bis an die Außenfläche des Präparats reicht, stellenweise Cysten mit reiskornartigen Körpern. Hieran sind frische Membranen, keine Scolices oder Haken nachweisbar. Die Diagnose wird an Schnittpräparaten auf Echinococcus multilocularis gestellt. Auch hier werden keine Haken gefunden, aber die Gestalt der Membranen lässt keinen Zweifel. Es handelt sich um zottenartige Wucherung der

übrigen sterilen Membranen in ein bindegewebiges Stroma. Letzteres ist theils nekrotisch, theils mit einem riesenzellenhaltigen Granulationsgewebe durchsetzt. Vielfach sind Zerstörungen des Parasitengewebes erkennbar, an anderen Stellen skolexartige Gebilde, aber ohne Hakenkranz.

Zum Schluss stellt Herr Körte einen 23jährigen jungen Mann vor, an dem er eine Schädeltrepanation mit günstigem Erfolg vorgenommen. Der betr. Pat. hatte einen Teschingschuss in den Kopf erhalten und war mit einem Nothverband versehen, aufgenommen worden. Er litt an Kopfschmerzen und Unbesinnlichkeit, später Benommenheit und Nackenstarre, so wie halbseitiger Lähmung (Bein und Arm, Gebiet des Facialis) erkrankt.

K. erweiterte die Wunde, meißelte den Knochen auf, entfernte ein Blutkoagulum (es war wahrscheinlich ein Ast der Arteria meningea media getroffen), konnte aber, mit dem Finger palpirend, das Projektil nicht finden.

Pat. erholte sich allmählich unter Verschwinden auch der Lähmungserscheinungen. **Sarfert** (Berlin).

---

17) K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 43, 45 u. 47; 1899. No. 3 u. 6.)

Sitzung vom 21. Oktober 1898.

Dr. v. Friedländer demonstrirt einen Fall von Luxation des Hüftgelenks (Luxatio infracotyloidea), durch Sturz von einem Baum entstanden. Rechtes Bein im Hüftgelenk fast rechtwinklig flektirt, sehr wenig abducirt und nicht rotirt. Die ganze Extremität ist medial und parallel zu ihrer Achse verschoben, die Trochanterengegend hochgradig abgeflacht. Bei Tastung der Gelenksgegend lässt sich der Schenkelkopf an normaler Stelle nicht auffinden, sein Nachweis ist in der straff gespannten Muskulatur des Hüftgelenks, welches starr fixirt ist, unmöglich. Verlängerung der erkrankten Seite um 2 cm.

Dem Entstehungsmechanismus nach ist diese seltene Verrenkung durch forcirte Beugung entstanden; der Kapselriss liegt an der unteren Seite der Kapsel. Tritt der Kopf an dieser Stelle aus dem Gelenk, so kann er auf dem absteigenden Sitzbeinast stehen bleiben, wenn keine sekundäre Gewalteinwirkung ihn von dort wegschiebt (Albert) und so die Luxatio infracotyloidea in eine hintere oder vordere Luxation verwandelt. Auch die Enge des Kapselrisses kann zur Fixation des Kopfes am absteigenden Sitzbeinast führen.

Eine auf physiologischen Grundsätzen aufgebaute Reduktionsmethode fehlt; die Einrenkung gestaltet sich in den einzelnen Fällen verschieden.

K. Ewald stellt einen gleichen Fall (40jähriger Mann) vor, bei welchem, wie in dem Friedländer'schen, die Diagnose durch die Röntgenphotographie erhärtet wurde. Zur Einrichtung wurde Pat. narkotisirt. Als die Muskeln erschlafften, sank das im Hüft- und Kniegelenk flektirte Bein allmählich nach außen und blieb in der Stellung einer Luxatio obturatoria stehen, welche nun auch durch Palpation nachweisbar war. Die Einrenkung nach den hierfür gültigen Regeln misslang. Nach Zurückbringung des Beines in die alte Stellung erneuter Repositionsversuch unter kräftiger Traktion und Streckung. Dabei entstand einmal eine Luxatio ischiadica, da der Kopf nach hinten abglitt. Es gelang aber leicht, denselben wieder unter die Gelenkpfanne zu bringen. Endlich erfolgte ohne jeden weiteren Zug an dem verrenkten Bein die Einrichtung ganz leicht, bei bloßer passiver Streckung. Es scheint dem Vortr. der Rath mancher Chirurgen, diese Verrenkungsform in die vordere oder hintere überzuführen und von hier aus einzurichten, nur dann zum Erfolg zu führen, wenn der Kapselriss sehr weit ist.

R. Frank demonstrirt einen 16 Jahre alten Kranken mit Ectopia vesicae, bei dem er die Maydl'sche Operation ausgeführt hat.

Ektopie mit Epispadie. Blasenfläche 5 cm in der Längs-, 6 cm in der Querrichtung. Symphyse klafft 2 Querfinger. Am 28. Juni 1898 typische Operation nach Maydl, Implantation in die Flexur. Heilung. Bei der Entlassung am

6. August Entleerungen nur alle 5 Stunden, Nachts ruhiger Schlaf ohne Störung. Vollständiges Wohlbefinden. Kommt am 21. Oktober zur Penisplastik zurück.

In der Diskussion erwähnt

K. Ewald einen von ihm vor 2 Jahren operirten Fall von Ectopia vesicae, der sich sehr wohl befindet. Die Sufficienz des Sphincter ani für den Urin genügt, um einen ungestörten 10stündigen Schlaf zu gestatten, obwohl bei Tage der Harn etwa alle 2 Stunden entleert wird. Im Sommer d. J. hat E. ein 3jähriges Kind (in Beckenhochlagerung) mit gutem Erfolg operirt, obgleich Maydl die Altersgrenze auf 10 Jahre festsetzte. Doch lassen die Erfahrungen, die E. bei dieser Operation machte, ein ferneres Herabdrücken der Altersgrenze nicht wünschenswerth erscheinen, da die Gefahr einer Kompression oder Verletzung eines Harnleiters durch eine Naht beträchtlich wächst.

J. Schnitzler theilt dazu 2 Fälle mit, in deren einem er wegen Harnleiterfistel nach einer vaginalen Operation den rechten Harnleiter mit Erfolg in das Colon ascendens eingepflanzt hat.

Ein 2. Fall, in welchem er wegen einer carcinomatösen Blasen-Scheidenfistel den rechten Harnleiter in das Colon ascendens, den linken in das Descendens einpflanzte, ging wenige Tage darauf zu Grunde. Bei der Operation fand sich eine schwere linksseitige Pyelitis, die in geringerem Grade schon vor der Operation bestanden haben mag.

Zum Schluss theilt

Foges eine von Gersuny herrührende Modifikation der Maydl'schen Operation mit, die kurz in Folgendem besteht:

Der Mastdarm wird quer von der Flexura sigmoidea getrennt; hierauf werden in dessen Lichtung die sammt einem Blasenstück abgelösten Harnleiter eingepflanzt. Die abgetrennte Flexura sigmoidea wird durch die eröffnete Plica recto-uterina vor die abpräparirte vordere Mastdarmwand bis in den Sphincter ani gezogen und daselbst durch Nähte fixirt, so dass die aus dem ausgeschalteten Mastdarmstück geschaffene Blase und der aus dem herabgezogenen Flexurantheil gebildete Mastdarm unter der Wirkung eines gemeinsamen Schließmuskels stehen.

Sitzung vom 4. November 1898.

Schnitzler stellt einen Fall von traumatischem Defekt der Ulna vor.

Ein 19jähriger, sonst gesunder Brauergehilfe verunglückte Anfang März d. J. in der Weise, dass er beim Versuch, sich mit Hilfe der aufgestützten Arme über den Rand eines Maischbottichs zu schwingen, einen heftigen Riss in der linken Ellbogengegend verspürte. Sofort versagte der Arm seinen Dienst und schwoll stark an. Mehrwöchentliche ärztliche Behandlung bestand in Umschlägen, Einreibungen und Einwicklungen. Danach konnte der Kranke seiner Beschäftigung wieder nachgehen, doch keine Verrichtungen vollführen, bei denen der linke Arm gestreckt werden musste. Im Juni Erysipel des linken Armes ohne bekannte Ursache. Entwicklung eines kleinen Abscesses am oberen Drittheil der Ulna, der incidirt wurde. Nach Rückgang der Schwellung konnten im Franz Joseph-Spital zum 1. Mal die knöchernen Konstituentien genau untersucht und ein Defekt der Ulna ca. 4 cm unterhalb des Olecranons konstatirt werden. Letzteres setzt hier scharf ab, aber mit unregelmäßigem Rand. Nun ist die Ulna nicht mehr tastbar bis zur Mitte des Vorderarms; hier ist sie noch schmäler als normal, erreicht aber im untersten Viertheil ihre normale Dicke. Streckung im Ellbogengelenk nur bis 150° aktiv, bis ca. 170° passiv ausführbar. Die Röntgenphotographie zeigt ebenfalls eine mehrere Centimeter lange Lücke in der Ulnadiaphyse.

Die Annahme eines angeborenen Defekts erscheint unwahrscheinlich. Zweifellos erfolgte im März eine Fraktur der Ulna im oberen Drittel. Defektbildungen in Knochen nach subkutanen Frakturen scheinen ganz besondere Seltenheiten zu sein, abgesehen von dem Verhalten des centralen Fragments bei Schenkelhals- und Oberarmhalsbrüchen. Da handelt es sich um schlechte Ernährung und mecha-

nische Abschleifung der Fragmente. Ein Wiedererweichen oder Schwinden schon gebildeter Callusmassen ist beobachtet, ein Schwund der Fragmente wie in dem vorliegenden Falle aber nur ein einziges Mal aus Amerika (s. Bruns, Deutsche Chirurgie Bd. XXVII) berichtet. Hier schwand, allerdings nach wiederholter Fraktur, der ganze Humerus.

S. möchte dem Erysipel eine ursächliche Bedeutung für den Knochenschwund nicht absprechen.

Paltauf hält diesen Defekt für durch sekundäre Atrophie der nicht zur Vereinigung gelangten Bruchstücke entstanden und stützt seine Ansicht auf ein im pathologisch-anatomischen Institut aufbewahrtes Knochenpräparat einer veralteten Fraktur der Tibia, an welchem die beiden Bruchstücke nicht vereinigt, sondern mit glatten, konisch verjüngten Enden versehen von einander abstehen; die Fibula, viel massiger als normal, hatte die Stütze der Extremität übernommen.

O. Zuckerkandl stellt einen Fall von traumatischer Lymphcyste am Unterschenkel bei einer 67jährigen Frau vor, die einige Tage nach einem Stoß mit dem Unterschenkel gegen eine Kiste entstanden war und faustgroß im oberen Drittel des Unterschenkels der Tibia aufsaß. Die Punktion ergab als Inhalt eine wasserhelle, farblose Flüssigkeit, die durch ihr chemisches und histologisches Verhalten zweifellos als Lymphe bestimmt wurde.

Sitzung vom 18. November 1898.

Stabsarzt J. Habart stellt 3 Soldaten vor, an welchen er die operative Behandlung von Lungenverletzungen und Lungenabscessen demonstrirt.

1. Fall. Ein Probegendarm feuerte im Juli in selbstmörderischer Absicht 4 Schüsse aus einem mit Schrot gelandenen Zimmergewehr gegen die Schläfe ab, in welcher alle 4 Geschosse nahe der Augenhöhle staken. Hierauf durchschnitt er das linke Handgelenk mit einem Bajonett und brachte sich mit demselben eine Stichwunde in der Herzgegend, dem 4. Zwischenrippenraum entsprechend, bei. Mit den Erscheinungen einer hochgradigen äußeren und inneren Blutung Aufnahme in das Garnisonlazarett. In Chloroformnarkose Erweiterung der Stichwunde, Resektion der vorderen Hälfte der 5. Rippe nebst Knorpel, Unterbindung der blutenden Art. intercostalis und Inspektion der Lunge und des Herzens, wobei letzteres in eine sterile Mullkompresse eingehüllt wurde. Entfernung des in den Brustfellraum und das Mediastinum ergossenen Blutes. Tamponade mit Jodoformgaze. Heilung. Die Bajonettspitze war zwischen Lunge und Herzbeutel in das Mediastinum gedrungen, hatte am Herzen eine Tangentialquetschung und am linken unteren Lungenlappen eine oberflächliche Durchtrennung erzeugt, welche sich auch durch blutigen Auswurf offenbarte.

2. Fall. Stichwunde im linken 6. Zwischenrippenraum der vorderen Achsellinie entsprechend, muthmaßlich mit einem Taschenmesser. Aus der Wunde entleerte sich ruckweise Blut und Luft. Trotz Erweiterung und Tamponade Fortbestehen der inneren Blutung. Blutiger Auswurf. Das Hämatom in der Brusthöhle reichte bis zur Schulterblattmitte und ging in Eiterung über. In diesem Zustand Eröffnung des Brustkorbes durch einen Schede'schen Bogenschnitt zur Thorakoplastik, nach Resektion der 6. und 7. Rippe in ihrer vorderen Hälfte. Es entleerten sich 700 ccm grünlich-gelben Blutextravasats, und im linken unteren Lungenlappen fand man die Reste einer mit Blutgerinnseln bedeckten Stichöffnung. Der untere Lungenlappen war atelektatisch, im linken Zwischenfellraum mehrere faustgroße, halbverfaulte Blutkuchen, die entfernt wurden. Ausspülen mit Kochsalzlösung, Abwischen der Pleurablätter, Ausfüllen der Pleurahöhle mit steriler Jodoformgaze. Drain. Genesung. Eine restirende Fistel soll mit Schede'scher Thorakoplastik gedeckt werden.

3. Fall. Empyem, Anfangs nach regelrechter Thorakotomie mit Bülau'scher Aspirationsdrainage behandelt. Zuerst Besserung, dann Zunahme der Erscheinungen. Bogenschnitt nach Schede, Resektion der 7. und 8. Rippe. Excision

der fingerdicken Exsudatschwarten aus der Kostalpleura und die sog. Decorticatio pulmonaire (Delorme) unter heftiger Blutung. Dabei Eröffnung eines apfelgroßen sphacelösen Lungenabscesses im unteren Lungenlappen. Tamponade der Abscesshöhle und der Pleurahöhle. Anfangs stürmische Erscheinungen, Schüttelfröste, Collaps etc. Vollständige Heilung ohne Spuren von Verkrümmung, welche durch Turnen und Lungengymnastik verhütet wurde.

Sitzung vom 12. Januar 1899.

R. Frank demonstrirt einen 2. Fall von Ectopia vesicae, den er nach Maydl operirt hat. Erfolg sehr befriedigend. Vollständiger Verschluss, trotz anfänglicher Störung durch eine vorgefallene, eingeklemmte Darmschlinge. Pat. urinirt alle 3—5 Stunden am Tage, des Nachts 2—3mal.

(Der 1. Fall wurde in der Sitzung vom 21. Oktober 1898 [s. diese Nummer des Centralblattes] vorgestellt.)

Sitzung vom 3. Februar 1899.

Hofrath Neumann demonstrirt ein Kind mit tuberkulösen Geschwüren an der ganzen Penishaut und beiderseitiger Leistendrüsenschwellung nach ritueller Beschneidung. Ein Kind mit der gleichen Affektion war wenige Tage vorher aus demselben Ort zu ihm gebracht.

J. Halban demonstrirt ein 5monatliches Kind, bei welchem am 13. Lebenstage eine Spina bifida sacralis durch eine osteoplastische Operation beseitigt wurde. Meningomyelocele, kleinapfelgroß, von sehr verdünnter Haut überdeckt. Deutliche Herabsetzung der Sensibilität an den unteren Extremitäten und Paralyse im Bereich der Sprunggelenksmuskulatur. Muskulatur der Hüfte und Kniegelenke vollständig funktionsfähig. Kein Hydrocephalus, keine Blasenlähmung. Operation mit Schleich'scher Infiltrationsanästhesie. Umschneidung der Geschwulst an der Grenze durch 2 Bogenschnitte, Eröffnung des Sackes. In demselben lag die Cauda equina mit den von ihr abgehenden Nerven, die zum Theil mit dem Sack verwachsen waren. Eine Reposition war unmöglich, daher wurde die Cauda equina weggeschnitten, der Rückenmarksstumpf versenkt und die Meningen darüber vernäht. Darauf wurde mit einem feinen Meißel von den beiden seitlichen Rändern des Knochendefekts je ein 1 cm breiter Periost-Knochenlappen gebildet, mobilisirt, gegen die Mitte verschoben und durch einige Nähte vereinigt. Haut darüber verschlossen. Prima intentio.

Der Erfolg ist ein guter. Geschwulst ist vollständig beseitigt, der Kreuzbeindefekt überall knöchern gedeckt. Nervenstatus unverändert. Ein Hydrocephalus ist nicht aufgetreten. **Hübener** (Breslau).

---

18) W. Serenin. Zur Diagnose und chirurgischen Therapie einiger pathologischer Processe in den Unterleibsorganen.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. Januar. [Russisch.])

Kasuistische Beiträge. Interessant sind 3 subdiaphragmatische Abscesse (einmal von einem runden Magengeschwür links einen rechtsseitigen Abscess vortäuschend); 1 Fall von tuberkulöser Spondylitis, wo der Sack subserös vor der Wirbelsäule lag und beiderseits als mannskopfgroße Geschwulst zur Leiste herabstieg; erst die Operation zeigte, dass beide Geschwülste in Verbindung mit einander standen. Mehrere Fälle von Beckeneiterungen. Endlich bringt S. 3 Fälle von Mastdarmfisteln, wo der Ausgangspunkt der Eiterung in Dermoidcysten zwischen Mastdarm und Kreuzbein lag; hier hilft natürlich bloße Spaltung nicht, sondern erst volle Exstirpation des Sackes. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

19) **Quénu.** Pièce d'appendicite à répétition avec segmentation de l'appendice et oblitération de l'extrémité terminale. Développement récent d'un abcès autour de cette dernière.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 423.)

Bei Laparotomie wegen recidivirender Epityphlitis fand Q. den Wurmfortsatz an seinem Ende stark gebläht, mit der Wand eines kleinen Abscesses fest verwachsen. An dem durch seine Resektion gewonnenen Präparat entdeckt man, dass der Wurmfortsatz aus 2 völlig von einander getrennten, nur durch alte feste Verwachsungen noch mit einander verbundenen Stücken bestand, von denen das centrale, mit dem Blinddarm zusammenhängende ganz normal war, das periphere einen Kothstein enthielt und bis auf einen Fistelgang, der mit dem Abscess kommunicirte, völlig geschlossen war. **Reichel** (Chemnitz).

2 **Albarran et Caussade.** Appendicite avec occlusion intestinale aigue.

(Presse méd. 1898. No. 61.)

Zum Beweis, dass eine akute Epityphlitis im Stande ist, einen Ileus mit allen charakteristischen Erscheinungen hervorzurufen, führen Verff. einen Fall an, in dem erst die Operation die eigentliche Ursache des Ileus feststellte: akute Epityphlitis und allgemeine Peritonitis. Der Kranke ging 8 Tage p. o. an Sepsis zu Grunde, trotz zahlreicher ausgiebiger Kochsalzinfusionen. Die Verstopfung ist in solchen Fällen nicht die Ursache, sondern die Folge der Epityphlitis, höchstwahrscheinlich auf Reflex beruhend. Es werden noch einige andere Beobachtungen aus der französischen Litteratur angeführt, welche die Möglichkeit eines akuten Darmverschlusses durch einfache Paralyse des Darmes beweisen.

Tschmarke (Magdeburg).

21) **Cathelin.** Appendicite tuberculeuse avec abscès lombaire et fistule pyo-stercorale.

(Presse méd. 1898. No. 60.)

Ein 10jähriges Mädchen wurde ins Hôpital maritime von Berck-sur-Mer aufgenommen wegen des Verdachts einer tuberkulösen Wirbelsäulenerkrankung. Man fand in der rechten Lendengegend einen großen Abscess, der erst punktirt, später breit geöffnet wurde. Hierbei wurde ein Hohlraum, ausgefüllt mit fungösen Massen, gefunden, der in die Gegend des Blinddarms führte und auch etwas Koth enthielt. Man begnügte sich mit der Spaltung und Drainage. Die Höhle heilte bis auf eine kleine, wenig Koth und Eiter absondernde Fistel zu. Das Kind erholte sich aber nicht. Ein weiterer Eingriff, $^1/_2$ Jahr später, legte die Fistel im Colon ascendens frei. Es wurde ein Stück Darmbein resecirt, um besser heranzukommen, die Fistel excidirt, vernäht und die große Wunde tamponirt. Die Kranke überstand trotz aller angewandten Hilfsmittel den Eingriff nicht. Die Autopsie bestätigte den Sitz der Fistel im Colon ascendens, an seiner hinteren Fläche. Proc. vermiformis ist nach hinten oben umgeschlagen und mit dem Colon verwachsen, sonst scheinbar gesund; die Spitze mündet etwas unterhalb der Fistel frei ins Colon; unterhalb dieser Stelle waren noch 3 tuberkulöse Geschwüre. — Der Fall lehrt, dass gerade im Kindesalter schwere Erkrankungen des Wurmfortsatzes vorkommen und verschleppt werden, und dass sich ein epityphlitischer Abscess auch einmal einen anderen Weg bahnen kann, als gewöhnlich. Die tuberkulöse Natur des Leidens wurde durch Letulle auch histologisch festgestellt. Es bleibt aber unentschieden, ob die Erkrankung des Wurmfortsatzes oder des Colons die primäre war. **Tschmarke** (Magdeburg).

22) **E. Kirmisson.** Péritonite par perforation prise pour une appendicite; laparotomie médiane; guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 279.)

7 Tage nach dem ersten Auftreten peritonitischer Erscheinungen machte K. bei einem 8jährigen Knaben auf Grund der Diagnose »Epityphlitis« die Laparo-

tomie. Eine vor der Narkose anscheinend rechts vorhandene geringe Vorwölbung schwand nach Eintritt der Muskelerschlaffung; vielmehr fühlte man jetzt links eine faustgroße Geschwulst. Bei dem desshalb in der Medianlinie gemachten Einschnitt entleerte sich etwas mit Krümeln gemischte, kothig riechende, trübe Flüssigkeit; man fand eine Dünndarmschlinge nahe dem Gekrösansatz perforirt. Darmnaht. Auswaschung mit heißer Borsäure. Drainage mit Jodoformgaze. Es bildete sich eine Kothfistel, die sich aber spontan innerhalb 14 Tagen schloss. Heilung. — Welches die Ursache der Darmperforation war, ist unklar. K. hält es für möglich, dass es sich um Durchbruch eines tuberkulösen Geschwürs gehandelt habe.

In der Diskussion erwähnt Monod 3 analoge Fälle, von denen freilich nur 1 genas. **Reichel** (Chemnitz).

23) **J. D. Sarytschew.** Magenresektion bei rundem Geschwür.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. Januar. [Russich.])

Verf. beschreibt den ersten Fall von Magenresektion bei Ulcus rotundum in Russland. Der 48jährige Pat. hatte nie blutiges Erbrechen und zeigte eine Resistenz im Epigastrium. Man vermuthete Krebs, doch erwies sich die Krankheit bei der Operation als Geschwür im oberen Theil des Antrum pyloricum; es wurde ein 8×6 cm großes Stück resecirt. Heilung. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

24) **Robert.** Hématémèse terminée par la mort due à une tumeur de l'estomac (sarcome plexiforme).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 294.)

Pat. befand sich wegen eines Bruches des Radiusköpfchens im Krankenhaus, als er plötzlich von einer ersten Magenblutung überrascht wurde. Dieselbe wiederholte sich in den folgenden Tagen mehrfach, war sehr profus und tödtete den Kranken. Von einer Operation hatte man Abstand genommen, da man den Kranken als Bluter kannte. Die Obduktion ergab eine apfelgroße, gestielte, sehr gefäßreiche Geschwulst der großen Curvatur 10 cm unterhalb der Cardia.

Reichel (Chemnitz).

25) **H. Hartmann.** Gastrite ulcéreuse. Douleurs violentes. Inanition. Gastrosuccorrhée. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. — Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 409.)

Der 35jährige Pat. litt seit 5 Jahren an einem Gefühl von Schwere in der Magengegend und heftigen, nach jeder Mahlzeit auftretenden Schmerzen, während Erbrechen fast ganz fehlte. Die Schmerzanfälle zeigten sich etwa $2^1/_2$—3 Stunden nach der Nahrungsaufnahme und dauerten 4—5 Stunden an, wurden durch Zufuhr von Speisen und Getränken beruhigt. Der Kranke magerte in Folge ungenügender Nahrungszufuhr in 5 Monaten um 18 kg ab. Objektiv ließ sich ein typischer Magensaftfluss nachweisen. Nach 14stündigem Fasten entleerte die Magensonde ungefähr 80 ccm klaren Magensaftes. Die nach der Methode von Hacker ausgeführte Gastroenterostomie befreite den Pat. mit einem Schlag von allen Beschwerden; der Kräftezustand besserte sich sehr rasch. Der Magensaftfluss bestand jedoch weiter fort. **Reichel** (Chemnitz).

26) **Kappeler.** Erfahrungen über Gastroenterostomie. Nachtrag.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 319.)

Dieser Nachtrag betrifft eine wegen Geschwulst mit Magenektasie nach Hacker gastroenterostomirte Pat., die zur Zeit des Abschlusses von K.'s Bericht (Referat dieses Blatt, laufender Jahrgang p. 44) 4 Tage nach der Operation sich ganz wohl befunden hatte. Hinterher aber trat Passagestörung an der Fistel ein mit Gallebrechen etc., was eine 2. Kontroll-Laparotomie 11 Tage nach der ersten veranlasste. Nach Hochschlagung des kissenartig geblähten voluminösen Magens nebst dem Quercolon findet sich der zuführende Schenkel der Jejunumschlinge dilatirt und

nach rechts umgeschlagen, der abführende Schenkel zusammengedrückt und ziemlich leer. Es wird eine Anastomose zwischen zu- und abführendem Darmende gemacht, und zwar jenseits der Curvatur des herabhängenden Magens. Kochsalzwasserinfusion, Nährklystiere etc. Heilung mit Herstellung der Magenfunktion und Gewichtszunahme.

K. sieht den Grund für Eintritt der Darmwegsamkeitsstörungen in diesem Falle ein Mal in einer etwas reichlichen Bemessung des an den Magen genähten zuführenden Darmschlingentheils, zweitens und besonders aber, in dem Druck, den der hochgradig ausgedehnte Magen auf die Fistel ausübte. Er räth daher in solchen Fällen zur Gastroenterostomia antecolica.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **P. M. Rewidzow.** Ein Fall von Stenose des Duodenums.
(Medicinskoje Obosrenje 1899. Januar. [Russisch.])

Ein 48jähriger Landmann hatte früher mehrmals blutiges Erbrechen; leidet über 20 Jahre am Magen. Letzterer ist dilatirt, zeigt peristaltische Unruhe; im Mageninhalt 0,6—0,8 ‰ HCl, und jedes Mal Galle, selbst wenn beim Auspumpen keine Brechbewegungen vorkamen. So wurde denn die Diagnose auf gutartige Verengerung des Duodenums unter der Vater'schen Öffnung gestellt. Die Enge fand sich an der Übergangsstelle des mittleren Theils in den unteren horizontalen Schenkel, ferner eine Verwachsung zwischen kleiner Curvatur und Leber. Gastroenterostomia antecolica anterior (Operateur: Bereskin). Heilung.

Besonders wichtig für die Diagnose ist das Vorkommen von Galle im Mageninhalt, wenn letzterer ohne Brechbewegungen erhalten wurde. Im Erbrochenen kann Galle auch ohne jede Stenose vorhanden sein.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

28) **C. Bayer.** Zur Diagnose des Darmverschlusses.
(Prager med. Wochenschrift 1898. No. 48.)

In einer früheren Arbeit (ref. im Centralblatt 1898 No. 37) hatte B. den Satz aufgestellt, dass bei tief unten im Dickdarm (Flexur) sitzendem Hindernis nicht selten gerade die Blinddarmgegend am stärksten aufgetrieben erscheint. Hierzu fügt er auf Grund späterer Erfahrungen noch folgende Thesen: 1) Ein akut erfolgter Erguss ins Cavum peritonei bei heftigem, stetig sich steigerndem, lokalisirtem Schmerz spricht für innere Incarceration; bei schwankender Diagnose zwischen Peritonitis und innerer Einklemmung spricht der Erguss für letztere. Er stellt das »Bruchwasser« der äußeren Hernie dar.

2) Die durch nachweisbare Darmverwachsungen hervorgerufenen Symptome können derart dominirend auftreten, dass sie die eigentliche Ursache der Darmimpermeabilität völlig verdecken.

Für beide Sätze bringt B. je eine lehrreiche Beobachtung bei.

Im 1. Falle kam ein 15jähriger Lehrling mit der Diagnose »Peritonitis« in B.'s Behandlung. Erst 4 Tage später wurde die Diagnose klar. Die Laparotomie ergab eine durch ein Meckel'sches Divertikel eingeklemmte, bereits brandige Darmschlinge. Tod 2 Tage später im Collaps.

Im 2. Falle hatte ein 29jähriger Mann Einklemmungserscheinungen. Eine bucklige Geschwulst unter dem Leberrand wurde von B. richtig als Anwachsungen des Colon mit Fixation gedeutet. Bei der Laparotomie fand sich jedoch außerdem ein ringförmiges, stenosirendes Carcinom des S romanum.

Jaffé (Hamburg).

29) **T. Solman.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Darmocclusion.
(Medycyna 1898. No. 52 u. 53.)

Eine 49jährige Frau litt seit längerer Zeit, namentlich nach Diätfehlern, an Symptomen von Darmverschluss, welche jedoch jedes Mal auf Abführmittel wichen. Das letzte Mal traten diese Symptome vor 3 Tagen auf und widerstanden dies Mal der internen Medikation, wesshalb die Kranke an den Verf. gewiesen wurde.

Dieselbe bot typische Symptome des Dünndarmverschlusses dar, wesshalb sich auch Verf. allsogleich zur Laparotomie entschloss. Hierbei zeigte es sich, dass die Strangulation einer tiefen Ileumschlinge durch den relativ langen, um die betreffende Schlinge geschlagenen und mit dem Gekrös derselben verwachsenen Proc. vermiformis bedingt war. Lösung der Verwachsung. — Heilung. Hieran schließt Verf. epikritische Bemerkungen, denen Ref. nur in der Beziehung nicht beistimmen kann, dass er behauptet, ein günstiger Erfolg des operativen Eingriffs bei Darmocclusion gehöre noch zu den Seltenheiten. Die Statistik größerer Abtheilungen belehrt uns eines Anderen; Ref. z. B. weist über 40% Genesungen auf.

Trzebicky (Krakau).

30) **Eitel** (Minneapolis). Three cases of obstruction of the bowels by omental cords.

(Northwestern lancet 1899. Februar 1.)

In allen 3 Fällen handelte es sich um Bänder, die vom Netz ausgingen und nicht entzündlicher Art waren, trotzdem aber eine Darmschlinge festgehalten und so Ileus veranlasst hatten. Alle 3 Fälle endeten tödlich, 2mal trotz spät unternommener Operation; brandige Zerstörung des Darmes war bereits weit vorgeschritten und hatte den tödlichen Ausgang veranlasst. E. verweist auf eine große Statistik des Anatomen Brinton in Philadelphia, welcher unter 12 000 Sektionen in 43 Ileus als Todesursache feststellte. Hiervon waren wieder 43% durch Intussusception, 31,5% durch innere Einklemmung (Bänder u. dgl.), 17,54% durch Strikturen und Geschwülste der Darmwand selbst, endlich 8% durch Drehung des Darmes um die eigene Achse bewirkt. Nirgends dagegen hat E. Notizen über Darmverschluss durch nicht entzündliche Bänder des Netzes gefunden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

31) **Schwyzer** (St. Paul). Removal of the whole transverse colon and partial resection of the pancreas greater curvature of stomach for cancer, with lateral suture of both mesenteric veins.

(Northwestern lancet 1899. Januar 15.)

Dem Titel ist noch hinzuzufügen, dass die Geschwulst die doppelte Größe einer Mannsfaust besaß, das ganze Mesocolon und einen Theil des Colon transversum selbst, so wie das ganze Netz und das Ligamentum gastrocolicum umfasste, mit der infiltrirten Magenwand der großen Curvatur und oberflächlichen Schichten des Pankreaskörpers verwachsen war. Diese letzteren und 7 cm der Magenwand wurden exstirpirt, eben so musste auch ein großer Theil gesunden Dickdarms noch mit fortgenommen werden, da sein Mesocolon krank war. Dagegen mussten kleine infiltrirte Stellen im Pankreaskopf zurückgelassen werden. Durch End-zu-End-Anastomose wurde die Flexura hepatica mit der Flexura splenica des Dickdarms vereinigt und hiermit die ungewöhnlich ausgedehnte Operation geschlossen. Bereits nach 6 Wochen konnte der Kranke geheilt das Krankenhaus verlassen und hatte auch 3 Wochen später noch erheblich an Körpergewicht und im allgemeinen Kräftezustand gewonnen, Schmerzen waren nicht vorhanden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

32) **H. Oderfeld.** Zur operativen Behandlung des Mastdarmvorfalls.

(Medycyna 1898. No. 41.)

Verf. berichtet über 4 eigene Fälle, in welchen er wegen Mastdarmvorfall die Flexur an die Bauchwand angenäht hat. Das Resultat war 3mal ein gutes (in einem Falle nach einem Jahre konstatirt), im 4. Falle, welcher eine 53jährige Frau betraf, vereitelte reichliche Eiterung den Erfolg. **Trzebicky** (Krakau).

33) **K. Schuchard.** Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Mastdarmgeschwüre.

(Festschrift zum 25jährigen Jubiläum von Prof. Ponfick, Breslau, 15. Januar 1899.)

Der Werth der Mittheilung S.'s besteht in der Schilderung histologischer Veränderungen des Mastdarms bei Syphilis im Frühstadium. Veranlassung zur Unter-

suchung bot folgende Beobachtung: Eine 30 Jahre alte Frau, seit $2^1/_2$ Jahren mit einem nachweisbar schwer inficirten Manne verheirathet, erkrankte an Mastdarmsyphilis (Stenosenerscheinungen, Katarrh). S. resecirte das stenosirende, untere Stück des Mastdarms. Nach 2 Jahren verstarb die Kranke plötzlich an periproktitischer Phlegmone und eitriger Peritonitis. Sektion. Der syphilitische Process hatte sich trotz energischer antiluetischer Kur weiter nach oben fortgesetzt.

Die mikroskopische Untersuchung der Darmwandung wies die typischen Veränderungen auf, die Rieder, freilich mehr in weiterer Entwicklung des Bildes, bei vorgeschrittener Erkrankung, früher beschrieben hatte: Umwandlung der Schleimhaut in eigenthümliches, in engster Beziehung zu den Gefäßwänden stehendes Granulationsgewebe und Durchsetzung der Submucosa von specifischem Gewebe (Gummata). Als pathognostisch für dieses Frühstadium der Mastdarmsyphilis hebt S. die zahlreichen, dunkelblaurothen, 2—4 mm großen Knötchen auf der Oberfläche der Schleimhaut hervor; er bezeichnet sie als »gummöse Teleangiektasien«. Die Deutung der histologischen Bilder wurde durch die Weigert'sche Färbung elastischer Fasern wesentlich gefördert. **Gross** (Altona).

34) **Morestin.** Plaie de la rate par coup de feu. — Splénectomie. — Mort.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1898. Juli—Oktober.)

Ein 22jähriger Mann hatte sich durch einen Schuss in den Bauch verletzt. Er wurde mit den Zeichen hochgradigster Anämie, fast sterbend in das Hospital gebracht. Hier war das Geschoss unter der Haut des Rückens zu fühlen. Da eine genauere Lokalisation der Verletzung nicht gemacht werden konnte, wurde dort eingegangen. Es zeigt sich die Pleura, das Zwerchfell verletzt. Daher Laparotomie. Die Milz war in 2 Theile zerrissen. Exstirpation des Organs.

Der Kranke wurde $1^1/_4$ Stunde nach der Verletzung operirt und starb nach etwa 14 Stunden. **Borchard** (Posen).

35) **Loison** (Val-de-Grâce). Les abcès du foie. — Rapport par M. Walther.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 272.)

L. berichtet über 21 Fälle von Leberabscess, von denen 2 spontan ausheilten — spätere Autopsie ließ ihre Spuren noch erkennen —, 5 verkannt und erst bei der Obduktion entdeckt, 14 richtig diagnosticirt und operirt wurden; von den Operirten starben 8, genasen 6. 11mal wurde der transpleurale Weg, 3mal die Laparotomie zur Eröffnung des Abscesses gewählt. L. bespricht die diagnostischen Schwierigkeiten und erklärt die Probepunktion zur Sicherstellung der Diagnose fast immer für unerlässlich und gefahrlos. Hierin widerspricht ihm der Berichterstatter Walther, der mehr zum Explorativschnitt räth. — Die in 7 Fällen vorgenommene bakteriologische Untersuchung ergab: 1mal den Eiter steril, 3mal Staphylococcus aureus, 1mal Staph. aureus und Colibacillus, 1mal Streptococcus, 1mal Colibacillus und Diplococcus. **Reichel** (Chemnitz).

36) **A. Audion.** Deux observations de kyste hydatique du foie chez l'enfant. Frémissement hydatique.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1898. December.)

Beide Fälle sind von Broca operirt, und zwar mit Incision und Tamponade. Während der Heilung lange Zeit abendliche Fiebersteigerungen. Verf. führt aus, dass das Vorkommen der Tochterblasen nichts für das Hydatidenschwirren zu bedeuten habe; dasselbe hängt vielmehr ab von der Schmiegsamkeit der Wandungen, dem dünnflüssigen Inhalt und mittlerer Spannung. **Göppert** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. Sonnabend, den 29. April. 1899.

Über holzharte Entzündung des Bindegewebes (Phlegmon ligneux Reclus).

Von

Dr. **Ludwig Krause,**

Primärarzt der chirurgischen Abtheilung am israelitischen Krankenhaus in Warschau.

Reclus[1] war der Erste, welcher vor einigen Jahren auf eine seltsame Form von Entzündung des Bindegewebes aufmerksam machte, die in ihrer Entstehung, ihrem Verlauf, besonders aber in gewissen Erscheinungen, welche diese bis jetzt wenig bekannte und selten beobachtete Entzündung kennzeichnen, von der gewöhnlichen stark abweicht. Der Process findet hauptsächlich in der Halsgegend statt und stellt immer dasselbe klinische Bild vor. Nämlich: Auf der

[1] Reclus, Phlegmon ligneux du cou. Revue des soc. savantes. Revue de chir. 1896. p. 552.

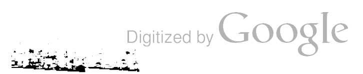
vorderen und seitlichen Gegend des Halses entwickelt sich eine holzharte Entzündung des Bindegewebes in ziemlich großer Ausdehnung. Die Entwicklung des Leidens geht sehr langsam vor sich; es dauert wochen-, monate-, ja sogar ein ganzes Jahr lang. Die Entzündung schreitet fieberlos und ohne irgend bemerkenswerthe Allgemeinerscheinungen vor. Die gewöhnlichen Symptome der akuten eitrigen Entzündung fehlen gänzlich oder sind sehr schwach ausgesprochen. Die Haut bleibt unverändert und wird nur dann röthlich gefärbt, wenn sie in Folge der Annäherung des Entzündungsprocesses an die Oberfläche mit dem unter ihr liegenden Gewebe zusammenwächst. Erhöhtes Wärmegefühl wie Schmerz fehlen fast immer. Die ungewöhnlich widerstandsfähige Geschwulst, welche an Cancer en cuirasse erinnert, bleibt lange unverändert, und es vergehen oft Wochen, ehe die Eiterung zum Vorschein kommt.

2 solche Fälle hatte ich Gelegenheit zu beobachten. Der erste betrifft eine 35jährige Frau, zu welcher ich am 6. December 1896 gerufen wurde. Die Kranke giebt an, dass vor 8 Tagen, ohne jede Veranlassung, unter ihrem Kinn eine Geschwulst erschien. Es trat weder Frost noch Fieber ein. Die Geschwulst war schmerzlos, wuchs aber nach einigen Tagen und verbreitete sich nach unten und nach der rechten Seite. In der Nacht vom 4. auf den 5. December wachte Pat. mit außerordentlichen Athembeschwerden und heftiger Erstickungsangst auf, die sie nicht im Bett bleiben ließ. Leichte Besserung nach künstlich hervorgerufenem Erbrechen. Die Laryngoskopie ergab keine Veränderung. Die allgemeine Untersuchung ergab: Pat. von starkem Körperbau, mit einer sehr reichlichen Fettschicht, gut ernährt; sie war nie ernst krank gewesen, hatte 10 Kinder geboren. Kein Fieber, Puls normal, 96. In den inneren Organen nichts Anormales. Die Kranke klagt über Beklemmung und starken Schmerz beim Schlingen, besonders an der rechten Seite. Feste Speisen lassen sich gar nicht schlingen, flüssige nur mit großer Schwierigkeit. Am Hals eine Geschwulst, die sich vom äußeren Rand des rechten Kopfnickers nach oben bis zum unteren Rand des Unterkiefers erstreckt, auf die vordere Fläche des Halses übergeht, dann vom unteren Rand des Unterkiefers bis zum rechten Schlüsselbein und Sternum erstreckt und etwa 2fingerbreit unter der halbmondförmigen Incisur endet. — Links reicht die Geschwulst bis zum inneren Rand des linken Kopfnickers. Sie ist hart wie ein Brett und bedeckt die bezeichnete Halsfläche wie ein Panzer. Ihre Ränder sind erhaben und grenzen sich von der sie umgebenden gesunden Haut scharf ab. Sie ist weiß, verschiebbar, nicht ödematös. Bei kräftigem Betasten der Geschwulst entsteht ein kleines Schmerzgefühl, an sich ist sie schmerzlos. Weder tiefe noch oberflächliche Fluktuation fühlbar. Die Bewegungen des Kopfes sind etwas gehindert; im Rachen nichts Anormales zu bemerken. Weder Unterkiefer noch Halsdrüsen sind geschwollen. Nach einigen Tagen entwickelte sich oberhalb des Sternums ein Abscess, welcher incidirt wurde. Nach der Entleerung von ungefähr 10 ccm Eiter erschien die Wunde sehr tief. Am anderen Tage fühlte sich die Kranke wohl, fieberte nicht, Puls normal.

Die Wunde heilte gut, die Geschwulst nahm langsam ab, die Konsistenz wurde nach und nach normal, und am 15. Januar 1897 war die Wunde völlig geschlossen; nur an der rechten Seite des Halses blieb eine kleine Verhärtung, welche nach einigen Tagen spurlos verschwand. Der entleerte Eiter wurde sofort auf Agar und Gelatine geimpft. Der Erfolg war negativ. Die Probirgläser von Agar und Gelatine blieben steril.

Der 2. Fall[2] betrifft einen 18jährigen Jüngling, welcher am 21. Februar 1897 auf meine Abtheilung im israelitischen Krankenhaus kam. Er erzählte, er habe

[2] Vorgestellt in der Sitzung des ärztlichen Vereins am 2. März 1897.



vor 10 Wochen eine kleine Geschwulst im Unterleib bemerkt, ohne übrigens Frost noch Fieber zu empfinden. Zwar verursachte diese schmerzlose Geschwulst dem Kranken keine Beschwerden, aber sie vergrößerte sich immer mehr. Binnen Kurzem bemerkte der Kranke gewisse Beschwerden beim Uriniren, er empfand keinen Schmerz, aber fühlte oft Drang bei nur unbedeutender Urinmenge. Die Untersuchung ergab: Pat. von schwächlichem Körperbau, blass, mit schwach entwickeltem Muskelsystem. In den inneren Organen ist, außer einem etwas verschärften Athmen in den Lungenspitzen, besonders der rechten, nichts Anormales zu bemerken. Auf der vorderen Fläche der Bauchwand breitet sich eine Geschwulst aus, vom Nabel bis zur Symphyse und dem Poupart'schen Bande, nach rechts bis zum Außenrand des M. rectus, nach links bis zur Spina ilei anterior superior reichend. Die Geschwulst ist hart wie ein Brett, unbeweglich, in die Tiefe dringend und den unterliegenden Theilen dicht angeschlossen. Die Haut ist unverändert, verschiebbar, nicht angeschwollen und nirgends geröthet. Beim Betasten, sogar bei festem Andrücken fühlt Pat. keinen Schmerz, Fluktuation nicht zu bemerken. Bei der Untersuchung per rectum lässt sich die Geschwulst deutlich als zur Bauchwand gehörig herausfühlen, hart und ebenfalls ohne Fluktuation. Die Leistendrüsen sind an beiden Seiten vergrößert. Pat. lässt den Harn oft und in geringer Menge. Der Harn ist sauer. Seine Quantität beträgt in 24 Stunden 400 ccm, spec. Gewicht 1025; er enthält viel Urate, keinen Zucker, Spuren von Eiweiß. Die Untersuchung der Harnblase erweist nichts Anormales. Unterleibsorgane normal. Der Kranke fiebert nicht. Sein Puls ist kräftig.

Nach einigen Tagen entwickelte sich dicht am Nabel ein Abscess, aus dem sich bei der Eröffnung eine nur sehr geringe Menge Eiter entleerte. In diesem Eiter, auf Glas zerrieben und mit Methylenblau gefärbt, sieht man spärliche Eiterkörperchen und Kokken, die sich gleichmäßig färben. Impfung des Eiters auf Gelatine und Agar gab keinen positiven Erfolg, 108.

Im Zustand des Kranken trat in den nächsten Tagen keine Veränderung ein. Er fieberte gar nicht, der Puls war gut entwickelt, etwas beschleunigt, 94 bis 100 Schläge. Die Geschwulst, eben so hart wie zuvor, breitete sich etwas nach der linken Seite aus, welche ein wenig erhobener erscheint als die rechte. Immer noch lässt Pat. den Harn oft und in geringer Menge. Da, wie wir sahen, keine Kulturen aus dem Eiter zu erhalten waren, entschloss ich mich am 9. März, einen Schnitt in die Geschwulst selbst zu machen und die dabei abgesonderte seröse Flüssigkeit, wie auch ein kleines Stückchen des ausgeschnittenen Gewebes auf Nährboden zu impfen. Den kleinen aber tiefen Schnitt führte ich zwischen Nabel und Symphyse, etwas links von der Mittellinie, strengst antiseptisch vorgehend. Dabei hatte ich das Gefühl, als ob ich Knorpelgewebe durchschnitte; die Schnittfläche war grau, schmalzartig, glatt, blutleer.

Sowohl seröse Flüssigkeit der Schnittfläche, wie ein kleines Gewebsstückchen wurden auf Agar geimpft. — Nach 24 Stunden entwickelten sich auf dem Agar mit der serösen Flüssigkeit in einer Temperatur von 37° Kolonien in Gestalt kleiner grauer Inselchen mit gleichen Rändern, die über der Fläche erhoben waren. Nach 2 Tagen flossen diese Inseln längs des Striches der Nadel zusammen und erschienen in Gestalt eines dicken grauen Streifens. — In dem Probirglas mit dem Gewebe erscheint um dasselbe ein grauer, ziemlich dicker Belag, welcher sich erweitert und immer dichter wird. Mit Methylenblau gefärbt erscheinen diese Kulturen unter dem Mikroskop in Gestalt von Kokken, die sich in Gruppen von 3, 4 und mehr ordnen und sich deutlich und gleichmäßig färben. Die Kokken der Kultur sind etwas größer wie diejenigen des Staphylococcus. Die 2. Generation der Kultur, die aus dem geimpften Gewebe stammte, entwickelte sich in Agar in einer Temperatur von 37° C. eben so in Gestalt von kleinen grauen erhobenen Inselchen, die längs des Nadelstriches in einen dicken grauen Streifen zusammenflossen. Mit Methylenblau gefärbt erscheinen sie unter dem Mikroskop ebenfalls in Gestalt von Kokken geordnet, in Gruppen von 2, 3, 4 und mehr. — Die Kulturen auf Gelatine wachsen sehr langsam in gewöhnlicher Zimmertemperatur. Erst am 5. Tage erblickt man am Anfang des Stichkanals einen weißen, ziemlich dicken

Punkt, die Oberfläche überragend. Längs des Kanals aber sieht man eine dünne Wolke, die sich nach einer Seite hin erweitert. Die Gelatine zerfließt nicht. Unter dem Mikroskop sieht man dieselben Kokken wie zuvor, welche sich in Gruppen ordnen.

Um die Giftigkeit der erhaltenen Kulturen zu erforschen, brachte ich einem Meerschweinchen eine ziemlich große Quantität von eintägigen reinen Kulturen der 2. Generation unter die Haut, schloss die Wunde durch 2 Nähte und verschloss sie durch Aufgießen von Kollodium. Der allgemeine Zustand des Thieres veränderte sich gar nicht, weder am nächsten, noch an den folgenden Tagen. Erst am 4. Tage erschien am Ort der Impfung eine harte Infiltration des Gewebes, am 6. Tage entstand ein Abscess. Den Eiter impfte ich auf Agar und Gelatine. Gleich am nächsten Tage erblickte man auf dem Agar, längs des Nadelstiches, einige weiße Pünktchen mit gleichen Rändern, die Oberfläche überragend. In den folgenden Tagen vergrößerten sich diese Punkte und flossen in einander. Auf Gelatine entwickelt sich nichts. Unter dem Mikroskop erscheinen die Kolonien, mit Methylenblau gefärbt, in Gestalt von Kokken, die sich zu 2, 3 und mehr in Gruppen ordnen. Diese Kokken färben sich gut und gleichmäßig. Auf der Gelatine entwickelt sich auch in den nächsten Tagen nichts. Die aus dem Eiter des Meerschweinchens erhaltene 2. Generation ist der ersten, obgenannten ähnlich. Nach dem Einführen einer 2tägigen reinen Kultur dieser Generation unter die Haut eines Meerschweinchens entstand ebenfalls an der Stelle der Impfung ein Abscess gleicher Art wie der oben beschriebene.

Die Untersuchungen machte ich in der bakteriologischen Anstalt am israelitischen Hospital, welche unter der Leitung des Dr. Anton Elsenberg stand, und dem ich für seine mir erwiesene Mitwirkung in den Forschungen hier meinen herzlichen Dank sage.

Im Zustand des Kranken ließ sich, außer beschleunigtem, aber gut entwickeltem Puls, nichts Besonderes bemerken. Erst nach etwa 4 Wochen verminderte sich die Geschwulst mit jedem Tage, die Wunde zog sich rasch zusammen, heilte gut, und der Kranke verließ das Krankenhaus am 11. April in folgendem Zustande: Die Wunde ist völlig geheilt; eine unbedeutende Verhärtung lässt sich nur noch über dem linken Lig. Pouparti tasten. Der Leib ist weich, schmerzlos. Die Untersuchung per rectum erweist nichts Anormales. Den Harn lässt Pat. normal, selten und in normaler Quantität. Puls beschleunigt. Der Kranke hat sich bedeutend erholt und fühlt sich im Allgemeinen sehr befriedigend.

Der obigen Beschreibung nach waren das Fälle, welche alle charakteristischen Kennzeichen der holzharten Entzündung des Bindegewebes trugen. — Die Ursachen, welche dieselbe hervorrufen, sind bis jetzt noch dunkel. Reclus[3] meint, sie trete vorwiegend bei bejahrten, abgeschwächten Personen auf. Auch Regnier beobachtete das Leiden bei schwachen, abgezehrten Personen und setzt voraus, dass die Auszehrung des Organismus die Hauptrolle spielt. In Bezug auf das Geschlecht bemerken Reclus und Monod, dass das Leiden überwiegend bei Männern auftritt. Die Beobachtungen sind indess noch zu spärlich, um in dieser Hinsicht etwas Bestimmtes zu behaupten. Das Leiden kommt bei älteren Leuten vor, befällt aber auch Personen im mittleren Alter und ganz junge. In den Fällen, welche ich Gelegenheit hatte zu beobachten, betrifft der 1. eine verhältnismäßig junge Frau, gut entwickelt, bis jetzt gesund, die nie eine ernstere Krankheit durchgemacht hatte; der 2. einen jungen Mann, der zwar blass und schmächtig, aber nie ernst krank gewesen

[3] Reclus, Phlegmon ligneux du cou. Revue de chirurgie 1896. No. 7.

ist. — Auch die bakteriologische Untersuchung wirft kein helleres Licht auf die in Rede stehende Frage. Monod fand in einigen bis jetzt untersuchten Fällen verschiedenartige Mikroben. Reclus hat in einem derselben Diplokokken im Eiter gefunden, in einem anderen Bacillen, welche mit Löffler's Bacillus Ähnlichkeit hatten. Reynier, der viele Fälle von holzharter Entzündung am Halse beobachtet hat, fand in einem derselben Staphylokokken. Poncet giebt an, man könne im Eiter Bakterien verschiedener Art finden, auch aktinomykotische oder ihnen ähnliche Pilze. Kuzniecow[4] fand in einem von ihm beobachteten Falle von holzharter Entzündung im Eiter Streptokokken und auch Proteusbacillen. In den von mir behandelten Fällen erhielt ich keine Kulturen aus dem Eiter, weder in dem 1. noch in dem 2. derselben; nur aus der serösen Flüssigkeit und dem Gewebe der eigentlichen Geschwulst (2. Fall) gelang es mir, Kulturen zu erhalten, die unter dem Mikroskop in Gestalt der oben beschriebenen Kokken erschienen.

Sonach fand keiner der Forscher, die bisher Gelegenheit hatten, die genannte Entzündung zu beobachten, specifische Bakterien, welche dieselbe hervorrufen könnten. Es handelt sich auch, wie Reclus und Quénu behaupten, nicht um eine specifische, sondern eine Art chronischer Entzündung, welche einst der Tuberkulose oder den bösartigen Neubildungen zugezählt wurde. Wir wissen, sagt Reclus, dass verschiedene krankheitserregende Bakterien nicht allein akute, sondern auch chronische Entzündung hervorrufen können, und dass nicht nur die gewöhnlichen pyogenen Bakterien, wie Staphylokokken, Streptokokken, sondern auch die ausnahmsweise pyogen erscheinenden — Bacterium coli, Löffler's Bacillen — eine eitrige Entzündung des Bindegewebes mit chronischem Verlauf veranlassen können. Es ist sehr möglich, dass in diesen Fällen die gewöhnlichen pyogenen Bakterien ihre Giftigkeit eingebüßt haben, sie wirken langsam und sanft und rufen eine kräftige Reaktion weder örtlich, noch im Allgemeinen hervor. Sie sind nicht kräftig genug, eine akute eitrige Entzündung herbeizuführen, und ihre ganze Thätigkeit besteht im Anhäufen einer Menge Leukocyten, die die ganze Dicke des Gewebes überfüllen; nach einiger Zeit tritt entweder Eiterung ein oder nicht. Größere oder geringere Widerstandskraft des Organismus, eine stärkere oder schwächere Phagocytose spielen hier auch eine gewisse Rolle. — In der holzharten Entzündung des Bindegewebes haben wir es eben zu thun mit solchen Bakterien, die sich schwach entwickeln und wenig giftig sind. Das behaupten alle Forscher. Reclus hatte in einem Falle erst nach Impfung von 2 ccm Eiter Kulturen erhalten; eine geringere Quantität gab ein negatives Resultat. Im Falle von Kuzniecow hat das Einspritzen von $^1/_2$ ccm Streptokokken nur eine unbedeutende Eiterung bei einem Kaninchen hervorgerufen. Dasselbe haben wir in unseren Fällen gesehen. Wir

[4] Kuzniecow, Annalen der russischen Chirurgie 1898.

haben unter dem Mikroskop im Eiter eine sehr kleine Anzahl Bakterien gefunden. Weder in dem einen, noch in dem anderen Falle haben wir aus dem Eiter Kulturen erhalten, gewannen solche in dem 2. Falle nur aus der serösen Flüssigkeit und dem aus der Geschwulst selbst geschnittenen Gewebe. Ihre Giftigkeit war so schwach, dass ihre reichliche Einführung unter die Haut eines Meerschweinchens kaum nach einigen Tagen einen kleinen Abscess hervorrief, ohne jedwede allgemeine Reaktion.

Beim Pat. veranlassten die Parasiten eine weitreichende, dicke Infiltration der Gewebe, waren aber nicht kräftig genug, eine reichlichere Eiterung hervorzurufen. Wir haben gesehen, dass, abgesehen von einem kleinen Abscess, der sich am Nabel gebildet hatte, die so breit und tiefgehende Geschwulst von selbst verschwand.

Die holzharte Entzündung des Bindegewebes erscheint vorwiegend am Hals. Das ist leicht begreiflich, da sich gerade am Hals Drüsen finden, welche ihre Lymphe aus den Stellen erhalten, die verschiedenen Infektionen unterliegen, und wo sich oft Geschwüre bilden: Nasenhöhle, Pharynx, Larynx, Lippen. Es ist bekannt, wie oft man in der Nase und Mundhöhle Bakterien, sogar pyogene, und Diphtheriebacillen findet. Dieselben veranlassen verschiedene Entzündungen und können auch Ursache der holzharten Entzündung am Hals sein. Doch kommt diese, obgleich viel seltener, auch an anderen Stellen vor, am Rücken, an der Bauchwand, wie es in dem zweiten von uns angeführten Falle konstatirt wurde.

An sich gewährt die holzharte Entzündung für den Kranken keine Gefahr. Er fühlt nur größere oder kleinere Beschwerden in den Organen, die in der Nähe der Geschwulst liegen, und auf welche diese einen gewissen Druck ausübt. Diese Beschwerden dauern eine gewisse Zeit und vergehen, wie in unserem ersten Falle die Athemnoth, welche so heftig auftrat in Folge des Drucks der Geschwulst auf den Larynx, im 2. Falle der häufige Harndrang in Folge des Drucks auf die Blase. Doch hat Reclus einen Fall mit tödlichem Ausgang beobachtet, bedingt durch plötzlich eintretendes Oedema laryngis. Die Heilung der holzharten Entzündung ist außerordentlich langwierig. Trotz Entstehung und Eröffnung der Abscesse, ja trotz der Heilung derselben kann sich der Process auf Wochen und Monate ausdehnen. Desswegen muss man manches Mal die Infiltration der Gewebe an einigen Stellen tief einschneiden, mitunter auch eine specifische Behandlung einleiten, wie im Falle Reclus durch Injektionen von antidiphtherischem Serum. Es sollte in jedem Falle der Eiter bakteriologisch untersucht werden und bei negativem Resultat etwas seröse Flüssigkeit der eigentlichen Geschwulst oder ein herausgeschnittenes Stückchen Gewebe zur Untersuchung gelangen. Auf diese Weise werden wir mit den Eigenschaften der Bakterien bekannt und können eine passende Behandlung des Kranken einleiten.

---

1) **v. Baumgarten** u. **Tangl.** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. Zwölfter Jahrgang. 1896.

Braunschweig, **Harald Bruhn,** 1898. 896 S.

Noch rascher als der vorhergehende (XI.) Jahrgang der überall freudig begrüßten und unentbehrlich gewordenen Berichte ist der XII. für das Jahr 1896 seinem Vorgänger gefolgt. Wesentliche Veränderungen in der Bearbeitung sind nicht eingetreten. Auf einen von vielen Seiten geäußerten Wunsch ist das Kapitel »Tuberkelbacillus« jetzt wieder in Reih und Glied mit den anderen die pathogenen Bakterien behandelnden Kapiteln, statt an den Schluss gestellt. Als wesentliche Verbesserung, die versuchsweise schon im vorigen Bericht eingeführt wurde, ist hervorzuheben, dass die Litteraturverzeichnisse durch Anführung auch solcher Arbeiten vervollständigt wurden, die nicht besonders im Text besprochen sind — sei es, das sie dem Ref. nicht zugänglich waren, sei es, dass ihr Inhalt keine wesentlich neuen Thatsachen oder Ausführungen brachte. Derartige Arbeiten sind nicht numerirt worden. Trotzdem weist das Litteraturverzeichnis des vorliegenden Berichts die Schlussziffer 1933 auf, während der vorjährige Bericht nur die Ziffer 1685 erreicht hatte. Man ersieht hieraus das mächtige Anwachsen der bakteriologischen Litteratur und die immer größer werdende Schwierigkeit, dieses kolossale Material in regelmäßigen Intervallen zu sammeln, zu sichten und zu besprechen. Zu um so größerem Dank darf man daher den Herren Herausgebern verpflichtet sein, wenn sie in dem Bestreben, den Veröffentlichungen mit den Berichten noch schneller als bisher zu folgen, die erste Hälfte des XIII. Jahrgangs (1897) bereits haben erscheinen lassen. Hierüber soll berichtet werden, wenn der ganze Band fertig gestellt ist.

Hübener (Dresden).

---

2) **P. L. Friedrich.** Das Verhältnis der experimentellen Bakteriologie zur Chirurgie.

(Antrittsvorlesung, gehalten am 10. Juli 1897 in der Aula der Universität Leipzig.)
Leipzig, **Wilhelm Engelmann,** 1897. 46 S.

In knapper, klarer Darstellung, die durch des Inhalts Reichhaltigkeit eben so wie durch das Abgerundete der Form fesselt, entrollt Verf. das Verhältnis der Bakteriologie zur Chirurgie seit Pasteur und Robert Koch, Lister und Billroth bis auf die heutigen Zeiten modernster Wundbehandlung (Schimmelbusch, Mikulicz) in all ihren wechselvollen und doch so engen Beziehungen, vom Karbolspray bis zum Serum. »Erst auf dem Boden experimenteller, insbesondere experimentell-bakteriologischer Forschung haben klare Vorstellungen über die Entstehung, Behandlung und Verhütung chirurgischer Infektionen sich bilden können. Die ganze Anti- und Asepsis wurzelt in diesen Forschungen. Hinsichtlich der Bekämpfung

schon entwickelter Infektionen (nicht specifische Wundinfektion, Milzbrand, Tuberkulose) haben sie der Chirurgie das Messer mehr und mehr entwunden, zufolge der jetzigen Vermeidbarkeit der Infektionen aber das Gebiet der operativen Chirurgie mächtig erweitert; beides zum Segen der leidenden Menschheit.«

Hübener (Dresden).

3) **Hilbert.** Über die Steigerung der Giftproduktion der Diphtheriebacillen bei Symbiose mit Streptokokken.

(Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankheiten Bd. XXIX.)

Aus H.'s Untersuchungen ergiebt sich, dass bei unter gleichen Bedingungen angelegten Reinkulturen von Diphtheriebacillen und Mischkulturen von Diphtherie und Streptokokken in letzteren die Alkalescenz und Toxinbildung früher, ja zum Theil sehr viel früher auftritt und höhere Grade erreicht als in ersteren, und dass in manchen Fällen, in welchen die Diphtheriebacillen allein auf einem sauren giftfreien Stadium stehen geblieben wären, die Association mit Streptokokken sie in das alkalische Stadium und zu Giftbildung hinüberleitet. Dieses stärkere Gift ist aber nicht als ein »Mischgift«, wie Bernheim es bezeichnet, aufzufassen, sondern stimmt mit allen bisher bekannten Zeichen des Diphtherietoxins überein. Es ist also hier in vitro, außerhalb des Körpers, mit den Diphtheriebacillen eine Veränderung vor sich gegangen, die sie zu stärkerer Giftbildung befähigt. Eine solche dürfte wohl kaum anders als Steigerung der Virulenz zu bezeichnen sein. **Hübener** (Dresden).

4) **J. Halban.** Zur Frage der Bakterienresorption von frischen Wunden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 51.)

Die vorliegende Mittheilung giebt die Berichte H.'s auf dem Chirurgenkongress 1897 in ausführlicher Weise wieder und zugleich eine Kritik der Arbeiten Nötzel's. H. hält daran fest, dass der Blutbahn bei der Infektion frischer Wunden nur eine untergeordnete Bedeutung für die Aufnahme von Bakterien zukomme und theilt Friedrich's Standpunkt, dass Infektionen eine gewisse Zeit lang als chirurgisch lokale Krankheiten aufgefasst werden können. Diese Ansicht wird durch die mündliche Mittheilung von Albrecht und Ghon an den Verf., dass auch bei blutiger Infektion mit dem Pestbacillus die Infektion streng den Weg der Lymph- und nicht den der Blutbahn geht, gestützt. **Hübener** (Dresden).

5) **E. Opitz.** Beiträge zur Frage der Durchgängigkeit von Darm und Nieren für Bakterien

(Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankheiten Bd. XXIX.)

Verf. hat im Flügge'schen Laboratorium diese strittige Frage, die immer noch nicht endgültig im negativen Sinne entschieden zu

sein schien, einer erneuten Bearbeitung unter Berücksichtigung aller in letzter Zeit erhobenen Einwürfe gegen die Neisser'schen Resultate unterzogen und kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die normale Darmwand ist für die Darmbakterien undurchdringlich, ein Übertritt von Bakterien in den Chylus während der Verdauung findet nicht statt.

Geringe Alterationen der Darmwand vermögen diese Schutzwirkung nicht aufzuheben, selbst schwere mechanische und chemische Läsionen führen nur ausnahmsweise zu einem Durchbruch von Bakterien in den Kreislauf.

Ein agonales Eindringen von Keimen in den Kreislauf ist, zum mindesten vom Darm aus, nicht bewiesen.

Eine physiologische Ausscheidung von im Blut kreisenden Bakterien durch die Nieren giebt es nicht.

Das häufig beobachtete Auftreten von Keimen im Harn schon kurz nach Infektionen in die Blutbahn beruht auf mechanischen und chemischen Verletzungen der Gefäßwände und Nierenepithelien.

Eine ungemein sorgfältige und umfassende Litteraturzusammenstellung (194 Nummern) ist dankbar zu begrüßen.

Hübener (Dresden).

---

6) **Blumreich** und **Jacoby.** Über die Bedeutung der Milz bei künstlichen und natürlichen Infektionen.

(Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankheiten Bd. XXIX.)

Zur Klärung der Frage, ob die im Verlauf von vielen Infektionskrankheiten anschwellende Milz hierbei irgend eine Funktion zu erfüllen hat, haben Verff. eine große Reihe trefflicher Untersuchungen angestellt unter Berücksichtigung folgender Punkte: 1) Verhalten der Thiere nach der Milzexstirpation. 2) Verlauf künstlicher Infektionen bei entmilzten Thieren gegenüber normalen. 3) Einfluss der Milzexstirpation auf den Verlauf künstlicher Intoxikationen. 4) Hat die Unterbindung der Milz (Entfernung aus der Blutbahn) die gleichen Folgen wie die Exstirpation der Milz? 5) Baktericität des Blutes nach der Entmilzung. 6) Verhalten der weißen Blutkörperchen nach der Entmilzung. 7) Funktion der Milz bei Infektionskrankheiten.

Verff. kommen nun zu folgenden höchst interessanten Ergebnissen: die Milzexstirpation als solche hat keinen ohne weiteres erkennbaren schädlichen Einfluss auf die Gesundheit und Lebensprognose der Thiere. Im Gegensatz zu den Ergebnissen Bardach's stellen sie fest, dass die entmilzten Thiere die Diphtherieinfektion besser vertrugen als die normalen. Versuche mit Pyocyaneus ergaben, dass von 14 entmilzten Thieren nur ein einziges starb, während von 12 normalen, die als Kontrolle dienten, 8 starben. Von Cholerathieren starben von 15 normalen 13, während von 18 entmilzten nur 4 zu Grunde gingen. Bei Milzbrandinfektion ist der Unterschied gleich Null, beide Gruppen vertrugen die Infektion gleich

schlecht; indessen hat die Entmilzung bei dieser Krankheit das Ende der Thiere nicht beschleunigt.

Auf den Verlauf künstlicher Intoxikationen mit Bakteriengiften war ein Einfluss der Milzexstirpation nach keiner Richtung hin vorhanden. Die Unterbindung der Milz, also Ausschaltung derselben aus der Blutbahn, schien auf die nachfolgende künstliche Infektion eben so zu wirken, wie die Entmilzung. Daher braucht man Gründe wie innere Sekretion etc. für die Exstirpation der Milz nicht anzunehmen. Das Blut der entmilzten Thiere gewinnt eine specifisch bakterienschädigende Wirkung, wie durch verschiedene Methoden nachgewiesen wurde, zeigt indessen Toxinen gegenüber keinerlei Wirkung. Zudem lässt sich eine zuweilen sehr beträchtliche Vermehrung der Leukocyten, und zwar der Lymphocyten nachweisen, die, wie Kontrollversuche zeigen, nicht durch den Wundreiz entstanden ist.

Verff. schließen mit folgenden Worten:

»Wir finden also ein gesetzmäßiges Alterniren von Milzschwellung und polynucleärer Leukocytose und erblicken darin einen Hinweis, dass beides physiologisch analoge Funktionen sind; das eine Mal tritt der Lymphocytenapparat vorwiegend (also insbesondere die Milz) in Aktion, das andere Mal der Leukocytenapparat als Ausdruck der vom Knochenmark ausgehenden Reaktion.« **Hübener** (Breslau).

---

7) **G. Engelhardt.** Über die Einwirkung künstlich erhöhter Temperaturen auf den Verlauf der Staphylomykose.

(Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankheiten Bd. XXVIII.)

Die an Kaninchen angestellten Experimente suchten mit Hilfe des sog. Wärmestichs (Stich in die mediale Seite des Corpus striatum und die unter demselben gelegene Hirnschicht) den Einfluss hoher Temperaturen (40° und 41°) nach erfolgter intravenöser oder intraperitonealer Infektion mit stark virulentem Staphylococcus pyogenes aureus, aus Osteomyelitis stammend, zu studiren.

Verf. gelangt zu dem Resultat, dass der Wärmestich den Verlauf der Staphylomykose im günstigen Sinne, und zwar bei intravenöser Infektion in weit ausgesprochenerem Maß beeinflusse, als bei intraperitonealer, dass aber dieser Schutz in den meisten Fällen nur eine Lebensverlängerung bedeute. Eine Lebensrettung gelang ihm nur in einem, noch dazu nicht ganz einwandsfreien Falle. Die Ursache des Schutzes geht aus den Versuchen nicht mit Sicherheit hervor. Die event. in Betracht kommende Leukocytose tritt nach einfachem Hirnstich nicht ein, scheint aber bei den gestochenen Thieren nach der Infektion eine stetigere und bedeutendere zu sein als beim gewöhnlichen Infektionsfieber.

Petersen hat übrigens schon auf dem Chirurgenkongress über diese von ihm angeregte und unter seiner Leitung gefertigte Arbeit kurz berichtet. **Hübener** (Breslau).

---

8) **E. L. Trudeau** und **E. R. Baldwin.** Experimental studies on the preparation and effects of antitoxins for tuberculosis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1898. December; 1899. Januar.)

Die Versuche der beiden amerikanischen Experimentatoren sind im großen Maßstabe angestellt und hatten den Zweck, ein Antitoxin gegen die Tuberkulose herzustellen. Es wurden zu Versuchsthieren 4 Schafe, 3 Esel, 12 Hühner, 18 Kaninchen und 450 Meerschweinchen verwendet und deren Serum auf antitoxische Eigenschaften geprüft. Von den Resultaten seien folgende hervorgehoben:

1) Hühner wurden intraperitoneal mit Tuberkulosegift von Säugethieren inficirt. Ihr Blutserum zeigte weder abtödtende noch entwicklungshemmende Wirkung auf Tuberkelbacillen.

2) Ein Esel wurde mit virulenten Tuberkelbacillen geimpft und dann mit Tuberkulin behandelt; sein Serum zeigte höchstens eine geringe antitoxische Wirkung.

3) Ein Esel wurde mit nichtvirulenten Tuberkelbacillen geimpft und mit verschiedenen Extrakten von Tuberkelbacillen behandelt. Das Serum war wirkungslos.

4) Das Serum von Kaninchen, die mit nichtvirulenten und virulenten Tuberkelbacillen geimpft waren und genasen, zeigte eine geringe Schutzkraft und verlängerte das Leben einiger mit Tuberkelbacillen inficirter Meerschweinchen.

5) Kein einziges der erhaltenen Serumpräparate war im Stande, die lokale oder allgemeine Reaktion oder die Temperatursteigerung tuberkulöser Thiere nach kleinen Tuberkulindosen zu verhindern.

Unter »Tuberkulin« verstehen die Verff. verschiedene Extrakte von Tuberkelkulturen nach Art des von Koch hergestellten ursprünglichen Tuberkulins.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

9) **F. Blumenthal** und **P. Jacob.** Zur Serumtherapie des Tetanus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 49.)

Die wenig befriedigenden Resultate bei der Behandlung des Tetanus mit subkutanen und intravenösen Injektionen von Tetanusantitoxin veranlassten B. und J., das Antitoxin in unmittelbare Nähe des Centralnervensystems zu bringen, von der Thatsache ausgehend, dass beim Ausbruch des Tetanus das Gift im Centralnervensystem chemisch bereits fest gebunden ist. Unabhängig von den Versuchen Roux' und Borell's gingen die Verff. nach der Duralinfusionsmethode vor, indem sie Ziegen zunächst eine mehrfach tödliche Dosis des Tetanustoxins in die Flanke injicirten und dann subarachnoidal nach Beginn der ersten Tetanussymptome Behring's Tetanusantitoxin infundirten. Der Effekt war in allen Fällen vollkommen negativ: es wurde nicht nur kein einziges der subarachnoidal mit Tetanusantitoxin behandelten Thiere vom Tode gerettet, sondern es zeigte sich niemals auch nur die geringste Einwirkung auf den Ver-

lauf der Krankheitserscheinungen. Auf Grund dieser Versuchsresultate kommen die beiden Autoren zu dem Schluss, dass das Tetanusgift zur Zeit des Ausbruchs der Tetanuserscheinungen im Centralnervensystem bereits so fest verankert ist, dass es auch mit Hilfe der Duralinfusion hieraus nicht mehr entfernt werden kann. Eine nach der Roux-Borell'schen Methode mit Antitoxin behandelte Ziege ging 16 Stunden nach der Injektion in das Gehirn zu Grunde.

Verff., welche mit weiteren Versuchen in dieser hochwichtigen Frage beschäftigt sind, sahen sich veranlasst, ihre bisherigen Erfahrungen in Kürze zu veröffentlichen, um auf der Basis derselben vor den zu optimistischen Erwartungen, die sich an die Roux-Borellsche Methode knüpften, zu warnen. **Gold** (Bielitz).

---

10) **Rydygier.** Einige Bemerkungen über die auf unserer Klinik geübte Methode der Anti- und Asepsis.
(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 44.)

R. huldigt nicht der ausschließlich aseptischen Wundbehandlung auf seiner Klinik, sondern gebraucht bei allen inficirten Wunden und solchen, welche sich nicht genau abschließen lassen, die üblichen Antiseptica, da er mit Henle und Friedrich von dem Nutzen derselben, entgegen der Schimmelbusch'schen Ansicht, überzeugt ist. Die von Friedrich aufgestellte Forderung, in frischen Infektionsfällen alles Verdächtige zu exstirpiren, hält er nicht immer für erfüllbar und unnöthig, da der Organismus einmal mit einer bestimmten Anzahl von Keimen fertig werden kann, und zweitens bestimmte Antiseptica bis in eine gewisse Tiefe dringen und Infektionskeime vernichten resp. ihre Entwicklung hemmen können. Die Infektionsmittel brauchen dabei die Lebensfähigkeit der Gewebe nicht zu beeinträchtigen. Auch verbietet das Lehrinteresse, exklusive Asepsis zu treiben, da die zukünftigen Ärzte hauptsächlich zur Praxis auf dem Lande und in kleinen Städten herangebildet werden. Die Verbandstoffsterilisation ist die übliche in Dampf. Die gewöhnlichen Operationstische tragen Platten aus imprägnirtem Holz. Glasplatten kühlen zu sehr ab und begünstigen dadurch zum Theil vielleicht die so häufigen Pneumonien nach Operationen. Am Operationstisch im Laparotomiezimmer trägt das Tischgestell keine Platten; dasselbe wird mit sterilisirtem Segeltuch vor jeder Operation überspannt. Die Instrumente werden aus der Sodalösung, in der sie gekocht, gereicht. Seide wird nur in seltenen Fällen verwandt und in 5 %iger Karbollösung vor jeder Operation ausgekocht. Katgut, nach der Methode von Reverdin-Döderlein in trockener Hitze von 140° 3—4 Stunden lang sterilisirt, erwies sich als am sichersten keimfrei gegenüber anderen Methoden (Untersuchungen von Dr. Kozlowski) und sehr fest und elastisch. Es wird kurz vor der Operation in Alkohol gelegt und darf nicht mit wässrigen Lösungen in Berührung kommen. Die Desinfektion des Operationsfeldes ist die übliche (Wasser und

Seife, Rasiren, 50%iger Alkohol und 1‰iges Sublimat). Der Fritsch-sche Vorschlag, 24 Stunden ante op. einen feuchtwarmen Umschlag von essigsaurer Thonerdelösung auf das Operationsfeld zu appliciren, scheint beachtens- und nachahmenswerth.

Bei der Bauchdeckennaht folgt R. dem Rathe von Fritsch, die Naht von innen nach außen anzulegen. Doch giebt er Poppert Recht, dass Nahteiterung nicht immer von Infektion abzuhängen brauche. Beweis: die »so verhältnismäßig häufig« auftretende Eiterung und Abstoßung von Fetzen der schlecht ernährten Fascie nach Radikaloperationen der Leistenhernien.

Die Händedesinfektion bevorzugt eine etwas modificirte Fürbringer'sche Methode. 10 Minuten Waschung mit Glycerinseife in fließendem warmen Wasser mit Holzfasertupfern, die häufig zu wechseln sind. Keine Bürsten. Bearbeitung des Nagelfalzes mit Nagelreiniger. Abspülung der Hände in 50—60%igem Alkohol, Waschung von 2 Minuten in 1%iger Sublimatlösung, die in Besorgnis vor Sublimatvergiftung sofort abgespült wird, in 3%iger Borlösung oder steriler Kochsalzlösung. Abreiben der Fingerspitzen mit in Sublimat aufbewahrten Jodoformgazeläppchen (nach Mikulicz). Während der Operation werden die Hände recht häufig in den Bor- oder Kochsalzlösungen abgespült. Zwirnhandschuhe bieten nach R. keinen Schutz, sind sogar gefährlich. Mehr Werth wird auf Luftinfektion gelegt. Von Mundmasken, Kopfkappen u. dgl. will R. nichts wissen. Ihm genügt es, vor den Operationen das Gesicht zu waschen, dabei die Bart- und Kopfhaare gehörig nass zu machen und den Mund auszuspülen und auszugurgeln. Der Sicherheit wegen wird noch während der Operation ab und zu und vor Schluss der Wunde dieselbe mit Bor- oder steriler Kochsalzlösung abgespült, um die etwa hineingefallenen Keime zu entfernen, ehe sie sich einnisten. Es wird so wenig wie möglich drainirt und so selten wie möglich der Verband gewechselt.

Hübener (Dresden).

---

11) C. Seybold. Über die desinficirende Wirkung des Metakresols Hauff im Vergleich zu Orthokresol, Parakresol, Trikresol Schering und Guajakol.

(Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankheiten Bd. XXIX.)

Das Metakresol ist nach den Untersuchungen von Schütz der Karbolsäure an desinficirender Kraft erheblich überlegen. Es hat aber den Nachtheil, dass es ohne Alkoholzusatz (zu 2 Theilen Metakresol 5 Theile Alkohol) nur zu 0,5% in Wasser löslich ist. Der chemischen Fabrik J. Hauff in Feuerbach ist es gelungen, ein reines Metakresol herzustellen, welches 2%ig bei kurzem Schütteln vollkommen in Wasser löslich ist.

S. hat den Desinfektionswerth dieses Präparats in einer großen Reihe von Versuchen mit demjenigen von Phenol, Guajakol, Trikresol, Ortho- und Parakresol zu vergleichen gesucht und kommt zu dem Schluss, dass es den genannten an Wirksamkeit bedeutend über-

legen ist. Ausgeführt wurden die Untersuchungen mit Milzbrandsporen, Staphylococcus pyogenes aureus, Pyocyaneus und Prodigiosus.

Gegen Milzbrandsporen vermögen alle diese Mittel in 2 %iger Lösung noch nach 26tägiger Einwirkung nicht zu wirken. Dagegen wurden Staphylococcus pyogenes aureus und Pyocyaneus von einer 1 %igen Metakresollösung bereits nach 1 Minute abgetödtet, während Phenol in gleicher Koncentration die letzteren erst nach 10 Minuten vernichtet, Staphylococcus aureus sogar nach 30 Minuten noch nicht abzutödten vermag. Dieselben Resultate wurden sowohl bei Aufschwemmung der Pestbakterien in Wasser, wie auch in Fleischbrühe erzielt.

S. empfiehlt daher das Metakresol Hauff als Desinfektionsmittel für die Praxis, da es, nicht so giftig wie die Karbolsäure, an desinficirender Kraft derselben bedeutend überlegen ist. Die 2 %ige wässrige Lösung ist klar und greift weder Hände noch Instrumente an. Angenehm sei der nur sehr geringe Geruch dieser 2 %igen Lösung.

Hübener (Dresden).

---

12) **Minervini.** Über die baktericide Wirkung des Alkohols.

(Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankheiten Bd. XXIX.)

Verf. zieht folgende Schlussergebnisse aus seinen zahlreichen Versuchen, die im Institut für klinische Chirurgie und Pathologie des Prof. Morisani zu Genua angestellt wurden:

Der Äthylalkohol hat im Allgemeinen eine sehr geringe baktericide Wirkung. Bei normaler Temperatur vermag er die nicht sporogenen Keime zu vernichten, nicht aber die sporogenen. Seine Aktion ist in den mittleren Koncentrationen (50—70 %) viel kräftiger, als in den geringen oder höheren; geradezu minimal in absolutem Alkohol.

Der siedende oder unter Druck erhitzte Alkohol wird im selben Maße baktericid wirken, als die Wasserprocentualität, die er enthält, größer ist.

Die Antiseptica, in Alkohol gelöst, verlieren merklich ihre Kraft im Vergleich zu den wässrigen Lösungen. Die baktericide Wirkung der alkoholischen Lösungen ändert sich im umgekehrten Verhältnis zu dem Grade des Alkohols.

Hübener (Dresden).

---

13) **Meyer** (Marine). Ein Beitrag zur Credé'schen Silberwundbehandlung.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1899. Hft. 1.)

M. hat die von Credé empfohlenen Silbersalze, besonders Itrol, bei Operationen, bei Verletzungen, so wie bei Eiterungen, Furunkel, Panaritien, Phlegmonen versucht und gelangt zu nicht unwichtigen Ergebnissen. 1) Der Wundverlauf entsprach im Allgemeinen demjenigen bei sonstiger antiseptischer oder aseptischer Wundbehandlung, nur zeigte sich 2) dass eine einfachere und weniger durchgreifende Säuberung nöthig war; 3) entzündliche Vorgänge werden

in ausgesprochener Weise lokalisirt, Allgemeininfektion verhindert. 4) Silbervergiftung oder besondere Schmerzhaftigkeit wurde nicht beobachtet.

Ein Übelstand hat sich aber herausgestellt, nämlich der, dass häufig eine starke seröse Ausschwitzung erzeugt wird, welche Heilung per primam verhindert oder wenigstens verlangsamt. Daher muss man überall dort von der Silberbehandlung absehen, wo rasche und sichere Wundverklebung zu erstreben ist.

Der unter 2) hervorgehobene Umstand empfiehlt die Silberbehandlung überall da, wo ausgiebige Säuberung nicht möglich ist, also im Kriege und in der Privatpraxis. Auch glaubt M., dass Vermehrung der Kosten nicht eintritt, da man eine weit dünnere Schicht Itrol aufpulvern kann, als bei Jodoform nöthig ist, die Silbersalbe nur in sehr geringer Menge anzuwenden ist und die theure Silbergaze durch Aufpulvern von Itrol und Bedecken mit gewöhnlicher Gaze zu ersetzen ist. Besonders empfiehlt M., in den sogenannten Verbandpäckchen ein Stück Mull durch Silbergaze zu ersetzen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

14) **M. Carrière** (Saint-Ybars). Pansement picrique.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. December.)

Verf. fasst seine Erfahrungen mit dem Pikrinsäureverband (12 g reine Pikrinsäure auf 1 Liter destillirtes Wasser) folgendermaßen zusammen:

1) wirkt er schmerzstillend.
2) Seine Hauptwirkung entfaltet er bei Brandwunden.
3) Am besten ist seine Anwendung unter einem Impermeable.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

15) **A. Seelig.** Über die Resorptionsfähigkeit der gesunden Harnblase.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane. Bd. X. Hft. 2.)

Die bisher angestellten experimentellen Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der gesunden Harnblase haben zu aus einander weichenden Ergebnissen geführt, deren Ursache S. in Fehlerquellen aus der Art des experimentellen Vorgehens sieht. Resorption der Harnröhre, irgend welche Läsion der Blase selbst, Resorption in den nicht unterbundenen Harnleitern sind bei den Experimenten besonders zu vermeiden.

S. hat unter Ausschluss dieser Fehlerquellen neue Versuche an Kaninchen angestellt, und zwar mit körperfremden Stoffen, die zu folgenden Resultaten geführt haben: Die gesunde Blase erwies sich gegenüber n i c h t flüchtigen körperfremden Stoffen (Strychnin, Cocain), falls diese in solchen Koncentrationen angewandt wurden, welche keine Alteration des Epithels hervorrufen, als resorptionsfest. Im Gegensatz dazu zeigt sich, dass die flüchtigen Stoffe (Nikotin, Pyridin), ähnlich wie Gase, das Blasenepithel durchdringen können. Der

Füllungszustand der Blase schien hierbei für die Resorption nicht ohne Bedeutung zu sein und die Resorption bei leerer Blase viel rascher vor sich zu gehen. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

16) **E. Mazel.** Über Blasenektopie und deren operative Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

Verf. giebt eine übersichtliche, kritische Darstellung der verschiedenen Operationsverfahren, die bei Blasenektopie Anwendung gefunden haben. Er kommt dabei zu dem Schluss, dass die Lappenplastik keine den normalen Verhältnissen näher kommenden Resultate zeitigte; jene Verfahren, welche eine direkte Vereinigung der Blasenränder zur Herstellung eines von physiologischer Schleimhaut ausgekleideten Blasenraums bezwecken (ideale Methode), verwerthen zwar den Blasenrest in einer seiner natürlichen Bestimmung entsprechenden Weise, haben aber bis jetzt noch nicht den Beweis geliefert, dass sie eine kontinente Blase zu bilden im Stande sind. Die besten Erfolge wurden bisher erzielt mit der Einpflanzung der Harnleiter sammt dem Lieutaud'schen Dreieck in die Flexur (radikale Methode), die in den letzten 6 Jahren 14mal mit 85,7 % Heilung ausgeführt wurde und eine prompte Kontinenz hergestellt hat; in den einzigen 2 Fällen, in welchen nach letztgenanntem Verfahren der Tod eintrat, kam derselbe nicht direkt auf Rechnung der Methode. — Der Kasuistik werden 2 neue von Wölfler mit günstigem Erfolge radikal operirte Fälle angefügt. **Honsell** (Tübingen).

---

17) **W. Jepson.** A means of regulating inflation of the bladder preliminary to suprapubic cystotomy.

(Annals of surgery 1898. September.)

Verf. befürwortet die Anfüllung der Blase mit Luft beim hohen Blasenschnitt und hat zu diesem Behuf einen Apparat angegeben, bestehend aus 2 mit einander durch einen Schlauch verbundenen Flaschen, von denen die eine mit Wasser gefüllt ist. Durch Heben der letzteren fließt das Wasser in die zweite, die mit der Blase verbunden ist, über und treibt die in ihr enthaltene Luft in die Blase. Auf diese Weise kann man die Menge der Luft genau dosiren.

Tietze (Breslau).

---

18) **Casper.** Therapeutische Erfahrungen über Ureterenkatheterismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 2.)

C. berichtet über 3 Fälle, in welchen der Harnleiterkatheterismus erfolgreiche therapeutische Verwendung gefunden hat. Im ersten Falle, der eine Anuria calculosa betraf, wurde durch den Harnleiterkatheterismus Aufschluss darüber gewonnen, wo sich die Einklem-

mung befindet. Darauf legt C. großes Gewicht. Liegt der Stein im Blasenantheil des Harnleiters, so kann man demselben von der Blase aus durch Sectio alta beikommen. Sitzt die Einklemmung nahe der Niere, so ist die Nephrotomie indicirt, sitzt sie im intermediären Theil, so dürfte die Ureterolithotomie nach Morris und Chevalier mit dem Israel'schen Schnitt die Operation der Zukunft sein. Den Werth des Ureterenkatheterismus illustrirt ferner die Thatsache, dass wegen der häufigen Doppelseitigkeit der Steinkrankheit nicht selten auf die falsche Niere eingeschnitten wird. Die beiden anderen Fälle (Pyonephrose) schließen sich den früher von C. publicirten Fällen von Pyelitis an, die durch Nierenbeckenausspülungen geheilt wurden. C. betont, dass man auch hier nicht generalisiren darf und nicht erwarten kann, auf diese Weise alle Fälle von Pyonephrose zu heilen. Er hält es jedoch nach seinen bisher gemachten Erfahrungen für wahrscheinlich, dass man nur den Fällen auf diese Weise beikommen kann, in denen die Eiterhöhle oder die Höhlen frei mit dem Becken kommuniciren, so dass die desinficirende Lapislösung auch wirklich in dieselbe hineingelangt. Im Anschluss an eine Publikation berührt C. die Frage, welche Mittel wir besitzen, um entscheiden zu können, ob, bei geplanter Entfernung einer Niere, die andere vorhanden und leistungsfähig ist. Er beantwortet die Frage dahin: »Nur wenn man den Harn jeder Niere besonders auffängt, wenn man zu wiederholten Malen feststellen kann, wie der aus der als gesund angenommenen Niere stammende Harn beschaffen ist, ob er frei von Eiter, Albumen, von Cylindern ist, und umgekehrt, wie viel er von jedem dieser Stoffe enthält, wie viel Harnstoff, wie viel Chloride eine bestimmte Menge entnommenen Harns hat, und diese Zahlen mit denen aus der anderen Niere unter gleichen Bedingungen und Verhältnissen zusammen vergleicht, so dass man andere als durch die Nieren selbst bedingte Differenzen unberücksichtigt lassen darf, nur dann wird man für die zu entscheidende Frage der Leistung der zweiten Niere denjenigen Grad von Sicherheit des Urtheils erreichen, der mit den jetzigen Mitteln erreichbar ist. Und das zu leisten vermag einzig und allein der Harnleiterkatheterismus.

Bezüglich der Gefahren des Harnleiterkatheterismus lässt C. Erfahrungen und Zahlen sprechen. Er so wie Andere haben die Harnleiter 700mal katheterisirt, ohne jemals eine Infektion erlebt zu haben. Nichtsdestoweniger betont C., die Möglichkeit einer Infektion vor Augen, dass man nur bei strenger Indikationsstellung und auch dann unter Anwendung größter Sorgfalt und aller denkbaren Vorsicht diese Methode in Anwendung bringen darf.

Bei Tuberkulose und bei fieberhaften Nierenprocessen hält C. den Katheterismus für kontraindicirt.

Gold (Bielitz).

19) Israel. Was leistet der Ureterkatheterismus der Nierenchirurgie?

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 2.)

Eine Erwiderung I.'s auf den vorstehenden Aufsatz Casper's. I., der sich nicht als Gegner des Harnleiterkatheterismus bekennt, sucht die Hoffnungen, welche auf ihn gesetzt werden, auf Grund anatomischer und klinischer Thatsachen auf das richtige Maß zurückzuführen und fasst seine Ansichten darüber in folgenden Sätzen zusammen:

1) »Die für die Nierenchirurgie wichtigste Frage nach dem Maße der Funktionsfähigkeit der nach Nephrektomie zurückbleibenden Niere vermag der Ureterkatheterismus allein bis jetzt nicht zu beantworten.

2) Der Nachweis einer Erkrankung der 2. Niere ist nicht ausreichend, eine Nephrektomie zu kontraindiciren.

3) Das Fehlen abnormer Beschaffenheit einer der 2. Niere entnommenen Harnprobe beweist nichts für deren Gesundheit, giebt keine Garantie für ihre ausreichende Funktionsfähigkeit nach einer Nephrektomie, genügt daher an und für sich nicht, eine solche zu gestatten.

4) Weder die Gesundheit noch die Krankheit einer Niere im anatomischen Sinne kann durch den Ureterkatheterismus in jedem Falle mit Sicherheit nachgewiesen werden.

5) Der Befund normaler und anormaler Beschaffenheit der durch den Ureterkatheter gewonnenen Harnproben deckt sich nicht mit den Begriffen ausreichender und ungenügender Funktionsfähigkeit der 2. Niere nach der Nephrektomie.

6) Die Sondirung des Harnleiters giebt weder über das Vorhandensein noch die Natur eines Hindernisses stets einen sicheren Aufschluss.

7) Mikroskopische Blutbeimischungen in einer durch Ureterkatheterismus gewonnenen Harnprobe lassen bei gleichzeitg blutiger Sekretion der Blasenschleimhaut nicht erkennen, ob die gefundenen Blutkörper der Niere oder einer Ureterverletzung entstammen.

8) Weder der Katheterismus des Ureters noch des Nierenbeckens ist frei von Infektionsgefahr«.

Gold (Bielitz).

---

20) Landau. Der Harnleiterkatheterismus in der Gynäkologie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 2.)

Bemerkungen L.'s zu demselben Aufsatz Casper's. L. würdigt auf Grund mehrfacher Beobachtungen die weittragende Bedeutung des Harnleiterkatheterismus für die Gynäkologie, die sich in mehrfacher Beziehung als segensreich erwiesen hat. Die diesbezüglichen kasuistischen Beiträge mögen im Original gelesen werden.

L. stellt den Harnleiterkatheterismus als diagnostisches Mittel höchsten Werthes für die Gynäkologie hin, in vielen Fällen sogar als kräftigen Heilfaktor. Wenn auch durch den Harnleiterkathete-

rismus die Nierenexstirpationen nicht aus der Welt geschafft werden, eben so wenig die anderen sicheren Verfahren, die Nieren- und Harnleiterchirurgie, so werden nach L.'s Behauptung durch den Harnleiterkatheterismus oder doch mit seiner Hilfe viele Fälle geheilt, andere richtig erkannt und gedeutet und sehr häufig gerade erst durch ihn die richtige Indikation für größere chirurgische Maßnahmen am uropoetischen System erhalten. **Gold** (Bielitz).

---

21) **G. Youmans** (Columbus). Seminal vesiculitis and its treatment.

(St. Louis med. and surg. journ. 1899. Januar.)

Die akuten Entzündungen der Samenbläschen sind meist gonorrhoisch; tuberkulöse Entzündungen pflegen nur bei Leuten aufzutreten, die auch Tuberkulose anderer Organe aufweisen. Sehr mannigfach sind die nervösen Erscheinungen dieser Entzündung; sexuelle Reizung oder Schwäche, Kopfschmerz, Hyperästhesien und Anästhesien, Neuralgien, besonders des Ischiadicus u. dgl. können sie begleiten. Daher werden sehr häufig Specialisten für Nervenkrankheiten konsultirt, die Krankheit bleibt unerkannt und besteht fort. Andere empfehlen Aspiration des erkrankten Organs oder Eröffnung mit Drainage von dem Darm aus. Y. aber hat diesen Eingriff noch niemals nöthig gefunden. Zunächst ist Bettruhe durch 10 Tage bis 4 Wochen nöthig mit Unterstützung der Hoden, um jede Spannung auszuschließen. Zuweilen empfiehlt es sich, Suppositorien mit Morphium und Belladonna anzuwenden, und auf Leibesöffnung ist stets sorgfältig zu achten. Diese Behandlung genügt meist bei den akuten Formen, bei den chronischen dagegen muss noch durch eine Art Massage für Entleerung des Inhalts gesorgt werden. Hierzu hat Swinburne (New York) ein besonderes Instrument angegeben, eine leicht gebogene Sonde mit birnförmiger Anschwellung des Endes und einer Skala zur Bestimmung der Tiefe, zu welcher man es eingeführt hat; mit diesem Instrument ist die Massage weniger empfindlich als mit dem Finger. Diese Massage eben so wie die Untersuchung zur Stellung der Diagnose wird am besten so ausgeführt, dass der Operateur hinter dem mit gespreizten Beinen nach vorn gebeugtem Oberkörper stehenden Kranken sitzt, mit der linken Faust einen Gegendruck auf die Gegend oberhalb des Schambogens ausübt, den rechten Zeigefinger in den Mastdarm einführt und so vollkommen sicher die Prostata, Samenbläschen und Vasa deferentia abtasten kann. Gesunde Samenbläschen sind weich und elastisch, wogegen sie in entzündetem Zustand hart sind oder wenigstens harte Stellen enthalten, dabei schmerzhaft sind. Die Härte pflegt bedeutender und gleichmäßiger zu sein, wenn nicht die Bläschen selbst entzündet sind, sondern das Zellgewebe darum. Durch sanften Druck und streichende Bewegungen kann man den Inhalt der Samenblase in den Ductus eja[illegible] bis in die Harnröhre fortschieben, aus welcher er dann [illegible]leert und mikroskopisch untersucht werden kann.

Vor der Untersuchung darf daher die Blase nicht völlig entleert werden. Dieselbe Manipulation wird bei der Massage vorgenommen. Liegt Tuberkulose vor, so pflegen Bacillen im Sekret vorhanden zu sein, und dann pflegt durch weiteres Streichen der Zustand verschlechtert zu werden. Es ist hier allgemeine Behandlung der Tuberkulose am Platze, nöthigenfalls Exstirpation der Bläschen unter Anwendung der Kraske'schen Methode. Bei fortschreitender Genesung in gonorrhoischen Fällen sehen wir im Sekret Verminderung des Eiters und der Gonokokken auftreten, während allmählich mehr und mehr Spermatozoen auftreten, welche schließlich wieder ganz normales Aussehen und Bewegungsfähigkeit wiedergewinnen. Zuweilen ist ein tonisirendes Verfahren am Platze, nicht selten auch die warme Mastdarmdusche. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

Kleinere Mittheilungen.

22) **Rydygier.** Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Lemberg.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 1.)

R. giebt die Beschreibung eines neuen aseptischen Operationstisches, dem die vielen »Mängel« der anderen nicht anhaften sollen, und der sehr leicht zu transportiren ist, also besonders gut in der Privatpraxis und im Krieg sich bewähren dürfte. Derselbe erinnert mit seinen gekreuzten Beinen an die gewöhnliche Tragbahre. Auf den horizontalen Rahmen wird ein frisch sterilisirtes Segeltuch vor jeder Operation aufgespannt, eine Tischplatte ist nicht vorhanden. Die Beschreibung, durch Abbildungen veranschaulicht, möge im Original nachgelesen werden.

Dann wird eine Modifikation der Tiemann'schen elastischen Zange Behufs Herausbeförderung von röhrenförmigen Fremdkörpern aus den Bronchien beschrieben unter Mittheilung eines Falles, der dazu Veranlassung gab. Die Oberfläche der Branchen ist stumpfgerippt, um die Reibungen der Innenfläche einer metallenen Röhre (z. B. Trachealkanüle) zu vermehren.

Zum Schluss folgt eine Mittheilung über einen tödlich verlaufenen Fall einer nach Bottini operirten Prostatahypertrophie bei einem 75jährigen Mann unter den Erscheinungen von Urininfiltration, Peritonitis, Sepsis in Folge eines operativen, 3 cm langen, 2 cm breiten Defekts im Blasenhals nach hinten unten, der bis auf das Peritoneum reicht.

Allen 3 Mittheilungen sind gute anschauliche Abbildungen beigefügt.

Hübener (Dresden).

23) **R. Alessandri.** Über die Wirkung des Colitoxins, hervorgebracht in einem Falle von Dysenterie und tödlicher Septikämie, mit örtlicher Gangrän der Operationswunde durch Bacterium coli.

(Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde Bd. XXIII. No. 16.)

Nach Amputatio mammae wegen Carcinoms bildete sich bei prima intentio der Hautwunde ein Hämatom aus, das später vereiterte und zu Gangrän der bedeckenden Haut führte. Am Tage nach der Operation Dysenterie, andauernd bis zum Tod an Sepsis 4 Wochen später. Die während des Lebens, 6 Tage vor dem Tod mit dem »diphtherischen Exsudat« der Wunde und mit Blut aus der Basilica angelegten Kulturen ergaben Reinkulturen von Bacterium coli commune. Denselben Befund gaben Kulturen der Milzpulpa und des meningitischen Exsudats 6 Stunden nach dem Tod.

Den Schluss bilden Mittheilungen über Thierversuche mit den aus den hier gezüchteten Colibacillen gewonnenen Toxinen. **Hübener** (Dresden).

24) Strubell. Über sogenannten Wundscharlach.

Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 1.)

Zu dem einzigen bisher bekannten, über jeden Zweifel erhabenen Fall von Scharlachinfektion von einer äußeren Wunde aus, den Leube früher publicirt hat, gesellt S. einen neuen, der beinahe eben so einwandsfrei erscheint. Ein Soldat bekommt 10 Tage nach einer Fingerverletzung Prodromalsymptome und nach weiteren 3 Tagen echten Scharlach, der seinen Ausgang von dem verletzten Arm nimmt; auch die Abschuppung beginnt von diesem Arm. Wenige Tage vor Beginn der Prodrome erkrankt ein anderer Soldat an Scharlach. Die Länge der Inkubation lässt sich in diesem Falle nicht so sicher bestimmen, wie in dem Leube'schen, bei dem durch Infektion bei Sektion einer Scharlachleiche der Eintritt des Gifts in den Körper sich aufs exakteste festlegen ließ.

Haeckel (Stettin).

25) Coffin. Report of a case of tetanus.

26) Foster. A case of acute traumatic tetanus etc.

(Therapeutic gaz. 1897. November.)

Bericht über 2 mit Tetanusserum (Parke, Davis) erfolgreich behandelte Tetanusfälle. C. gebrauchte in seinem Falle das enorme Quantum von 1800 ccm des Serums bei einem großen, kräftig gebauten Neger, und nach seiner Angabe waren alle medicinischen Autoritäten, welche den Fall sahen, darüber einig, dass nur durch die Anwendung des Serums der Pat. gerettet worden sei.

Willemer (Ludwigslust).

27) Chauffard et Quénu. Tétanos traumatique traité et guéri par injection intracérébrale d'antitoxine. Méthode de E. Roux et A. Borrel.

(Presse méd. 1898. No. 51.)

Auf dem internationalen hygienischen Kongress zu Madrid haben Roux und Borrel auf Grund ihrer zahlreichen Experimente ein Verfahren zur Behandlung des Tetanus angegeben, welches kurz darauf beruht, dass man das Antitoxin nicht in die Blutbahn leitet, sondern direkt mit den betroffenen Nervencentren in Berührung zu bringen sucht. Sie gingen von der Annahme aus, dass die Nervenzellen für das Antitoxin nicht dieselbe Affinität besitzen, wie für das Toxin; aus diesem Grund komme das Gegengift nicht in Berührung mit dem Gift; das unter die Haut gespritzte Serum ist zwar gegen das im Blut kreisende Gift mächtig, nicht aber gegen das, welches bereits die Nervenzellen ergriffen hat.

So trepanirten sie 45 Meerschweinchen, welche mit Tetanusgift geimpft waren, den Schädel und spritzten das Serum ins Gehirn. 35 überlebten den Eingriff, während von 17 Kontrollthieren, denen das Serum unter die Haut gespritzt wurde, nur 2 mit dem Leben davon kamen und 17 andere, nicht behandelte Thiere sämmtlich starben.

Der Erfolg hängt von der Frühzeitigkeit des Eingriffs ab. Hat die Vergiftung einmal die oberen Theile des Rückenmarks ergriffen, so ist der Tod unvermeidlich.

Zum 1. Male wurde dies Verfahren an einem Menschen in der Klinik der Verff. angewendet. Borrel selbst hat denselben behandelt und in sorgfältigster Weise beobachtet.

Aus der sehr ausführlichen, interessanten Krankengeschichte sei nur Folgendes erwähnt: es handelte sich um einen 16 Jahre alten Gärtner, welchem durch einen herabfallenden Gewächshausrahmen 2 Fingerkuppen gequetscht wurden. Erst nach 4 Tagen trat er in ärztliche Behandlung; die Hand war geschwollen, ödematös; die Endglieder beider Finger wiesen einen komplicirten Bruch auf; auf dem Handrücken waren einige Blasen, mit hellem Serum gefüllt, entstanden. Kein Fieber.

14 Tage später traten Erscheinungen von traumatischem Tetanus ein. 4 Tage darauf wurde rechts und links mit einer 8 mm-Fraise je ein Stück Schädelknochen trepanirt, die Dura incidirt und sodann die Nadel 5—6 cm ins Gehirn eingestochen;

darauf wurden von Roux 1,5—2 ccm frisch bereitetes Serum tropfenweise injicirt. Die Injektion dauerte atwa 6 Minuten. Die Wunden wurden durch die Naht geschlossen.

Der Fall war ein schwerer: Pulsbeschleunigung bis 130, starke Kontrakturen der Kiefer-, Gesichts- und Rumpfmuskeln, Oligurie. Nach den Injektionen erhöhte sich die Tachykardie bis auf 150 Schläge in der Minute. Es traten im Verlauf der Beobachtung Muskel- und Gelenkschmerzen, papulöse und pruriginöse Hauteruptionen auf. Es bleibt aber zweifelhaft, ob diese Erscheinungen auf Rechnung des Serums oder des schweren Tetanus zu setzen sind.

Die ersten 6 Tage nach der Operation waren beängstigend, Delirium und Schlaflosigkeit traten ein, Tachykardie und Oligurie blieben bestehen. Erst am 7. Tage schlief der Kranke einmal, und von da an besserte sich sein Zustand zusehends; der Kranke kann selbst uriniren, die Bewegungen des Kopfes werden möglich, und am 17. Tage nach der Operation öffnet er von selbst den Mund und beginnt zu essen. Schließlich trat völlige Heilung ein.

Die Erscheinungen am Krankenbett deckten sich fast ganz mit denen im Thierexperiment.

Verff. sprechen auf Grund dieser Beobachtung die Hoffnung aus, dass die intracerebrale Antitoxininjektion ein neues therapeutisches Hilfsmittel gegen eine der schrecklichsten Infektionskrankheiten bilden werde; sie halten es in Zukunft für eine Pflicht, auf diese Weise in geeigneten Fällen vorzugehen. Je frühzeitiger der Eingriff geschehe, um so sicherer sei der Erfolg zu erwarten.

Tschmarke (Magdeburg).

28) **Garnier.** Un cas de tétanos traité par l'injection intra-cérébrale d'antitoxine. Guérison.

(Presse méd. 1898. No. 70.)

Ein 53jähriger Mann mit varikösen Unterschenkelgeschwüren erkrankte zuerst unter leichten tetanischen Erscheinungen, die aber bald einen höchst bedrohlichen Charakter annahmen trotz subkutaner Injektionen von Antitoxin und großer Dosen Chloral. Am 5. Tage nach der Erkrankung wurde die beiderseitige Trepanation ausgeführt und dann von Borrel selbst tropfenweise 6 ccm Antitoxin eingespritzt. Am nächsten Tage fiel die Temperatur kritisch ab. Die Anfälle waren zunächst noch häufig; 3 Tage später aber war die Besserung offenbar und machte nun andauernd Fortschritte. Vom 15. Tage an hörten die Anfälle ganz auf. Aber der Kranke zeigte in den letzten Tagen cerebrale Erscheinungen und erotische Neigungen. Etwa nach 1 Monat war er als geheilt zu betrachten.

Zu bemerken ist, dass außer der intracerebralen Injektion fortgesetzt Antitoxin unter die Haut gespritzt und Chloralklystiere gegeben wurden, was der Kranke ohne jeden Zwischenfall vertrug. Im Ganzen hatte er 116 ccm Serum erhalten!

Tschmarke (Magdeburg).

29) **Robert.** Un cas de tétanos traité par l'injection intra-cérébrale d'antitoxine.

(Presse méd. 1898. No. 72.)

Dieser Fall stammt aus derselben Klinik, wie derjenige Garnier's, betraf einen 56jährigen Mann, welcher 3 Wochen vorher eine Verletzung am Daumen davon getragen hatte. Der Tetanus begann sehr heftig und plötzlich mit Nackenstarre und Trismus. Schon 30 Stunden nach Beginn dieser Erscheinungen wurde operirt. In unmittelbarem Anschluss an die Operation, die von Borrel selbst ausgeführt wurde, entstand eine Kontraktur des rechten Arms. Doch konnte der Kranke sogleich wieder Milch schlucken. Plötzlich, etwa 16 Stunden darauf, starb derselbe unter Krämpfen. Die Autopsie ergab beiderseits an den Injektionsstellen Ekchymosen in der Dura mater, links Ödem der Pia an der Oberfläche der motorischen Windungen. Im Gehirn selbst fand sich rechts subcortical eine mit

Blut gefüllte Höhle von der Ausdehnung einer großen Nuss, deren Wandungen zerfetzt und mit Hämorrhagien durchsetzt waren.

Der Fall zeigt, dass gelegentlich die Nadel einmal ein größeres Gefäß anstechen, aber auch die Injektionsmasse in eine Furche entleeren kann, so dass sie nicht in die Gehirnsubstanz einzudringen vermag.

Tschmarke (Magdeburg).

30) **Ombrédanne.** Un cas de tétanos traité par l'injection intracérébrale d'antitoxine. Guérison.

(Presse méd. 1898. No. 73.)

Dieser Fall betraf einen 11jährigen Knaben, der mit Erscheinungen in das Spital kam, welche an eine Cerebrospinalmeningitis denken ließen. Erst 3 Tage darauf traten typische und sehr schwere Erscheinungen von Tetanus auf. An demselben Tage wurde von Roux und Borrel die intracerebrale Injektion ausgeführt, auf jeder Seite tropfenweise 3 ccm innerhalb 10 Minuten. Am nächsten Tage wurden noch 20 ccm Serum unter die Haut injicirt. Der Zustand blieb zunächst derselbe, es trat ein Hautausschlag auf. Allmählich wurde der Kranke ruhiger, die Kontrakturen hörten auf, nur die Muskeln des Rumpfes und des Bauches erschlafften noch nicht. Dabei fühlte sich der Knabe wohl, trank am 5. Tage nach der Operation Milch und Bouillon; vom 12. Tage an war derselbe als geheilt anzusehen. **Tschmarke** (Magdeburg).

31) **Heckel et Reynès.** Un cas de tétanos traité par l'injection intracérébrale d'antitoxine.

(Presse méd. 1898. No. 74.)

Ein 18jähriger Packträger wurde mit ausgesprochenem Tetanus (Trismus, Steifigkeit der Rumpfmuskulatur, Facies sardonica beim Schlucken und Husten) in die Marseiller Klinik gebracht. Operation genau nach dem Vorgang Quénu's. Interessant sind in diesem Falle die Beobachtungen während und nach der Injektion: der Puls und die Athmung wurden außerordentlich verlangsamt; ersterer sank von 110 auf 50 Schläge in der Minute, die Athmung von 40 auf 30, die Pupillen verengten sich punktförmig, um sich sofort nach Herausziehung der Nadel wieder zu erweitern. Diese Erscheinungen traten in gleicher Weise bei jeder Injektion ein. Im Ganzen erhielt der Kranke 6 ccm einer Lösung des trockenen Serums in kaltem Wasser. Der Zustand des Kranken verschlechterte sich jedoch von Stunde zu Stunde, die Temperatur stieg und hielt sich dann auf 40°, der Puls stieg auf 140, die Kontrakturen der Muskulatur wiederholten sich 20—35mal in der Minute, die Athmung wurde oberflächlich und unregelmäßig (40—60).

Der Kranke starb trotz Injektion von 20 ccm Serum unter die Haut 41 Stunden nach der Operation, unter andauerndem Krampf der gesammten Rumpfmuskulatur (zuletzt nur noch diaphragmatische Respiration!).

Bei der Autopsie bot das Gehirn keine Besonderheiten; der Weg der Nadel war kaum mehr zu erkennen.

Verff. knüpfen an diesen Fall eine Besprechung über Indikation und Prognose der Operation. Sie kommen zu dem Schluss, dass die frühzeitige Entdeckung des ersten Symptoms für die Serumbehandlung von der größten Wichtigkeit ist, und dass die intracerebrale Injektion im Verein mit der Zerstörung der Eingangspforte und mit der subkutanen Einverleibung von Antitoxin stets noch versucht werden müsse, da sie immerhin noch Hoffnung gewährt, einen Tetanus zu heilen.

Tschmarke (Magdeburg).

32) **Delmas** (Versailles). Un cas de tétanos traité par l'injection intra-cérébrale d'antitoxine. Mort.

(Presse méd. 1898. No. 77.)

In diesem Falle waren die tetanischen Erscheinungen 7 Tage nach einem Unfall (komplicirte Fraktur des Vorderarms) aufgetreten, und zwar gleich mit großer

Heftigkeit. Es wurde desshalb sofort am nächsten Tage die intracerebrale Injektion nach Borrel ausgeführt. Aber der 14jährige junge Mann starb schon 13 Stunden p. op. unter Erscheinungen hochgradigster Dyspnoë und Krampf des Rachens und der Stimmritze.

Verf. zieht aus diesem nicht glücklich verlaufenen Falle den Schluss, dass man eigentlich bei jeder verdächtigen Wunde, welche mit Erde besudelt sein könnte, eine subkutane Injektion prophylaktisch machen müsse! Jedenfalls müsse der intracerebrale Eingriff sofort vorgenommen werden, sobald die Diagnose Tetanus gestellt ist. Endlich wirft der Verf. die Frage auf, ob der ungünstige Ausgang nicht mit dadurch herbeigeführt worden sei, dass außer der Infektion mit Tetanusgift auch noch septische Processe, von der Armwunde ausgehend, den Körper geschwächt hatten. **Tschmarke** (Magdeburg).

33) **A. Kollmann.** Urologische Apparate.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 1.)

K. beschreibt ein neues Intra-urethrotom, das im geraden Theil der Harnröhre seine Anwendung zur Durchschneidung von Strikturen in der Richtung von hinten nach vorn finden soll. Es besteht ähnlich dem von Otis angegebenen aus Metallbougie mit Endknopf, der die Striktur passiren muss. Am Endknopf kann ein kleines Messer an seiner stärksten Stelle aus der Deckung zum Vortreten gebracht werden. Knopf und Messer werden dann durch die Striktur zurückgezogen. Ferner hat K. einen Dampfsterilisator für Spüldehner etc., ein Urethroskop mit modificirter Lichtbefestigung und Photographieurethroskop mit abnehmbarer Camera anfertigen lassen, deren nähere Beschreibung sammt Illustrationen im Original eingesehen werden möge. **F. Krumm** (Karlsruhe).

34) **G. D. Romm.** Ein Fall von operativer Wiederherstellung einer zerstörten weiblichen Urethra mit Anwendung der Gersuny'schen Methode zur Wiederherstellung des Analverschlusses.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 1.)

Vor 6 Jahren entstand bei der Pat. nach schwerer Geburt eine Harnfistel, die genäht wurde; doch mussten nach 12 Stunden die Nähte entfernt werden, da sich vollständige Harnverhaltung einstellte. Von der Harnröhre ist nur ein Theil der Vorderwand erhalten. B. präparirte die Reste der Harnröhre und den Blasenhals 1 cm weit ab, und drehte ihn wegen seiner Brüchigkeit zuerst nur 180° um seine Längsachse; nach $3^1/_2$ Wochen wurde Alles noch einmal lospräparirt und die neue Harnröhre wieder 180° um die Achse weitergedreht. Heilung; Urin wird gut zurückgehalten. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

35) **Dittrich.** Zur Differentialdiagnose zwischen extra- und intraperitoneal gelegener Blasenruptur.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 204.)

D. diagnosticirte — wie die nachfolgende Operation lehrt — richtig eine extraperitoneale Blasenruptur, weil er bei seinem Pat., der mehrfach katheterisirt war, bei der Perkusion im Bereich der Symphyse und oberhalb derselben tiefen Schachtelton gefunden hatte. Im Anschluss an den Katheterismus war Luft in die Blase und dann durch deren Riss ins prävesikale Zellgewebe gerathen. Bei intraperitonealem Riss kann auf das erwähnte Symptom nicht gerechnet werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. Sonnabend, den 6. Mai. 1899.

(Aus der chirurgischen Klinik des Ospedale Mauriziano Umberto I. [Prof. A. Carle Turin.])

Über die Lagebestimmung von Fremdkörpern vermittels Röntgenstrahlen.

Von
Dr. R. Galeazzi, I. Assistenzarzt.

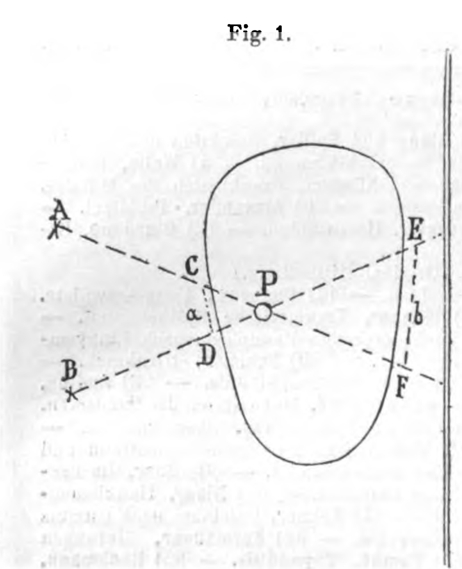
Viele Chirurgen, die sich an der Hand selbst sehr gut gelungener Röntgenphotographien anschickten, in den Höhlen des Organimus liegende Fremdkörper ausfindig zu machen, haben sich überzeugen müssen, dass die Schlüsse, die einzig und allein von der Lage ab-

geleitet werden, die erstere auf dem Bilde einnehmen, sehr oft bezüglich der topographischen Bestimmung zu unrichtiger Diagnose führen.

Das war leicht vorauszusehen, sobald man sich klar wurde, dass die relativen Lagen des Fremdkörpers und der verschiedenen Theile des Skeletts auf dem Bild von den zwischen Irradiationsquelle, Durchleuchtungsschirm und den projektirten Gegenständen bestehenden Entfernungsverhältnissen abhängen.

Diese Ungenauigkeiten hat zuerst Buka, Elektrotechniker, Charlottenburg, mit der sog. »Rotationsphotographie«[1] und später auch Rosenthal[2], Mitglied der Elektricitätsgesellschaft »Voltohm«, München, zu verbessern gesucht[3], und zwar auf sehr einfache Weise. Ihre Methoden bestehen darin, vermittels durch Versetzung der Irradiationsquelle erlangter Projektionen zwei Durchmesser zu stabiliren, in deren Kreuzungspunkt der Fremdkörper sich vorfinden muss. Rosenthal hat desshalb »Punktographen« anfertigen lassen, mit denen die äußersten Punkte dieser Durchmesser $CDEF$ (Fig. 1) auf die Haut gezeichnet werden. Mit einer einfachen Berechnung, sagt er, kann man aus den Verhältnissen zwischen a und b die Tieflage des Fremdkörpers von den Wänden aus auf einem der beiden Durchmesser bestimmen: Die Entfernung von a wäre, als Bruchtheil des Durchmessers ausgedrückt, durch das Verhältnis $\frac{a}{a+b}$ gegeben und die Entfernung von b durch das Verhältnis $\frac{b}{a+b}$.

Fig. 1.



Wenn wir aber dem Chirurgen sagen, dass der Fremdkörper sich in der Tiefe von x Centimetern von dem Punkte F aus auf der obliquen Linie FC befindet, so haben wir ihm seine Aufgabe noch immer nicht viel erleichtert. In der Praxis scheint es mir durchaus nicht einfach, dieser schrägen Linie zu folgen, deren entgegengesetztes Ende sich nothwendigerweise dem Blicke des Operateurs entzieht.

---

[1] Eulenburg, Kugeln im Gehirn. Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 33.

[2] Angerer, Die Lagebestimmung von Fremdkörpern mittels Röntgendurchleuchtung. Centralblatt für Chirurgie 1898. No. 18.

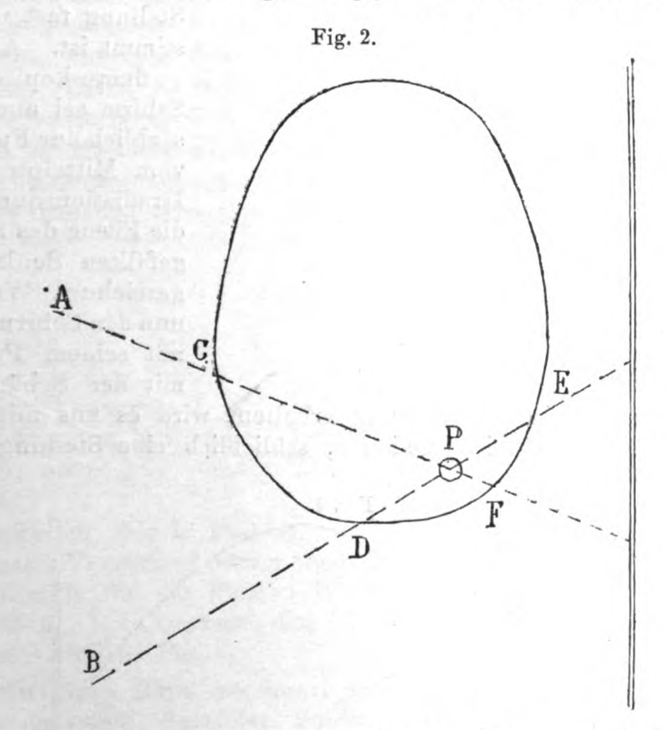
[3] Alle übrigen mir auf diesem Gebiet bekannten Methoden, welche auf demselben Princip basiren, lasse ich unberücksichtigt.

Außerdem würde die Formel, mit welcher Rosenthal die Tieflage des Fremdkörpers auf einer der Obliquen zu bestimmen anräth, ein genaues Resultat nur dann ergeben, wenn CD mit DF parallel, und ein annähernd richtiges auch nur, wenn die Parallelismusdifferenz dieser beiden Segmente gering wäre.

Dies ergiebt sich z. B. aus Angerer's Figur (1), die die Sektion einer Hand darstellt.

Wenn sich der Gegenstand aber in nächster Nähe eines erheblichen Krümmungspunktes der durch die beiden Durchmesser CF und DE bestimmten Sektionsfläche in dem Körpertheil befindet, in welchem der Fremdkörper liegt, wie solches leicht bei Nach-

Fig. 2.

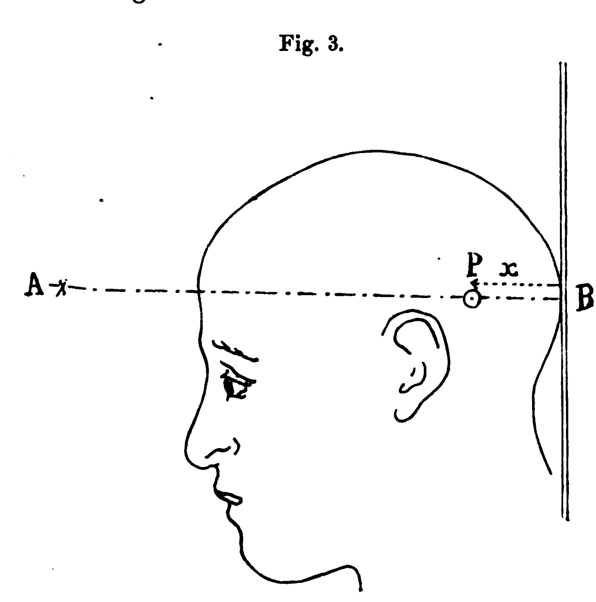


forschungen in der Schädelhöhle eintreten kann, so bleibt dieser Parallelismus einfach aus; es könnte also Angerer's Formel ganz irrige Resultate ergeben, wie dies aus Fig. 2 erhellt, wo man auf den ersten Blick erkennt, dass die Verhältnisse $\frac{CP}{PF}$ und $\frac{DP}{PE}$ unter sich sehr verschieden sind, während Angerer's Formel für diese zwei Verhältnisse den gleichen Werth $\frac{EF}{EF+CD}$ ansetzen würde.

Meine Forschungen zielten desshalb darauf hin, eine schnelle und sichere Methode zu finden, die dem Chirurgen die genaue Entfernung des Fremdkörpers von einem bestimmten Punkt derjenigen Wand aus angeben kann, der er am nächsten liegt, und die ihm

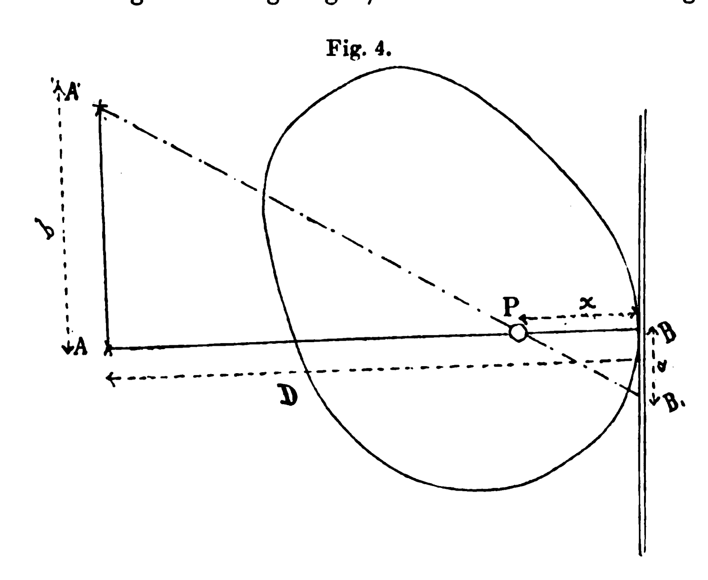
den geradesten Weg zur Erreichung desselben vorzeichnet. Zu meinem Studium habe ich mich der Schädelhöhle bedient, weil bei ihr größte Genauigkeit erforderlich ist und unnöthige und gefährliche Eingriffe im Gehirn absolut vermieden werden müssen.

Fig. 3.



Stellen wir uns einen fluoroskopischen Schirm und Irradiationsquelle durch eine künstliche Vorrichtung derart verbunden vor, dass ihre gegenseitige Stellung fest und bestimmt ist. Auf dem fluoroskopischen Schirm sei auch thatsächlich der Fuß *B* der vom Mittelpunkt der Irradiationsquelle auf die Ebene des Schirms gefällten Senkrechten gezeichnet. Wenn wir nun den Schirm immer mit seinem Punkt *B* mit der Schädeloberfläche in tangentialer Berührung erhalten, wird es uns mit geeigneten Versetzungen leicht gelingen, schließlich eine Stellung einzu-

Fig. 4.



nehmen, in welcher der Mittelpunkt des Fremdkörperschattens auf den Punkt *B* des fluoroskopischen Schirms fällt.

Sobald diese Koincidenz eintritt, befinden wir uns in der durch Fig. 3 veranschaulichten Situation und haben in dem Punkt der Schädeloberfläche, der in jenem Moment mit B zusammentrifft, den Fuß einer vom Fremdkörper auf die Schädeloberfläche gezogenen Senkrechten.

Es erübrigt uns jetzt nur noch, die Tieflage des Fremdkörpers auf dieser Senkrechten ausfindig zu machen, oder mit anderen Worten den Werth von x (PB), was sich mit großer Leichtigkeit ausführen lässt (Fig. 4).

Legen wir nun den Schirm in der soeben beschriebenen Weise fest bei Versetzung der Irradiationsquelle um eine bestimmte Quantität b von A nach A' und dies in paralleler Richtung mit einer beliebigen auf dem Schirm aufgezeichneten, und durch Punkt B laufenden Linie, so wird der Schatten des Fremdkörpers nothwendigerweise längs dieser Linie eine entsprechende Versetzung von B nach B' erleiden, welch letztere wir genau messen können.

Da wir nämlich den Werth von a, b und D kennen, so lässt sich das Problem mit einer einfachen geometrischen Elementarrechnung lösen:

$$x = \frac{a}{a + b} D.$$

Sobald wir nun die Versetzung b als konstant annehmen, lässt sich die auf dem Schirm eingezeichnete Skala leicht derart graduiren, dass die Theilungszahl, auf die der Mittelpunkt des Bildes fällt, die Entfernung x in Millimetern darstellt; und so genügt dann einfaches Ablesen, ohne jede weitere Berechnung zur Bestimmung der Entfernung.

Zuweilen jedoch mag es zweckmäßig erscheinen, anstatt einer konstanten Versetzung b zwei verschiedene Versetzungen anzuwenden, eine normale für die kleinen Werthe von x und eine geringere für die großen. Der Apparat[4], den ich anfertigen ließ, macht die Operation sehr einfach (Fig. 5).

Röntgen's Rohr ist derart mit 2 metallenen Stäbchen an dem Schirm befestigt, dass der Punkt genau dem Mittelpunkt B des fluoroskopischen Schirms entspricht. Dieser trägt auf der horizontalen Mittellinie vorbesagte Skala, die uns gestattet, sofort die Entfernung x abzulesen, deren Nullpunkt mit einem Loch koincidirt, durch das wir, ohne Verschiebung des Schirms, auf dem Capillitium den dem Fuße der Normalen entsprechenden Punkt bezeichnen können.

Wer Befürchtungen hegen sollte, hinsichtlich geringer unbedeutender Bewegungen, die besonders im Moment, in dem der bei dieser Operation unentbehrliche Assistent die Irradiationsquelle versetzt, unausbleiblich sind, dem bemerke ich, dass die nachfolgenden

---

[4] E. Cerutti, Universitäts-Instrumentenfabrikant, Turin.

Versetzungen des Schattenbildes, wie sich dies leicht auf geometrischem Weg erkennen lässt, sehr gering und sicherlich nicht größer sind als die Approximationsgrenzen, mit denen man den Mittelpunkt des Bildes mit dem bloßen Auge festsetzen kann.

Fig. 5.

Eben so leicht wird man einsehen, dass die hieraus erwachsende Distanzbestimmungsdifferenz, die, wie bereits erwähnt, stets sehr gering ist, um so viel kleiner wird, als Versetzung *b* der Irradiationsquelle größer wurde.

Man könnte mir hier einwenden, dass beispielsweise vom Punkt *P* 3 Normale auf die Schädelwand gezogen werden können (Fig. 6).

Immer aber liegt es im Interesse des Chirurgen, sich der Senkrechten zu bedienen, auf der der Fremdkörper der Wand am nächsten liegt, oder derjenigen, welche bezüglich der Fremdkörperpassage für den Kranken die geringste Gefahr bietet.

Schon nach kurzer praktischer Handhabung des Apparats werden die 3 Normalen sofort gefunden, und dann ist es Sache der Chirurgen, deren beste auszuwählen. Immerhin könnte jedoch auch einmal eine

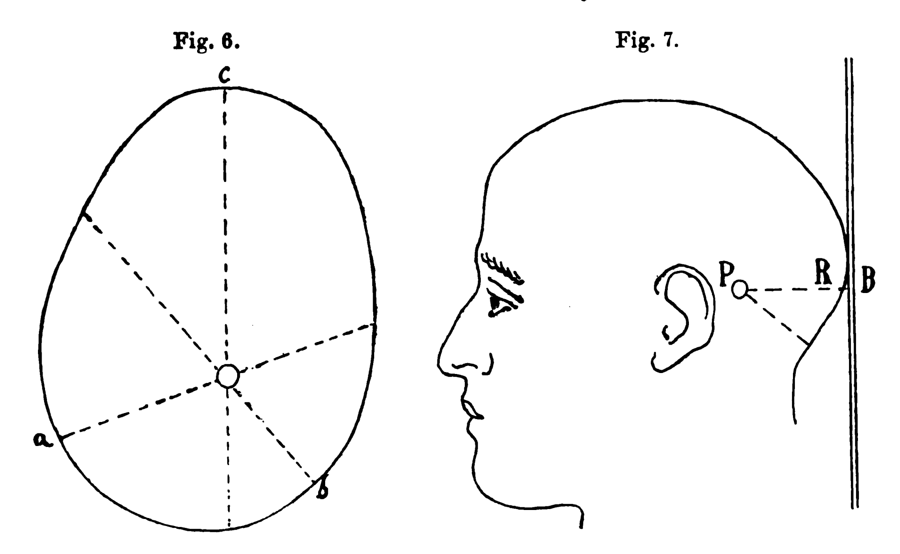


Fig. 6. Fig. 7.

besondere Stellung vorkommen, die es verbietet, den Schirm mit der Schädelwand in tangentialen Rapport zu bringen (Fig. 7). In diesem Falle muss der Schirm, wie die Figur zeigt, senkrecht angesetzt werden, worauf auf dem Capillitium der Punkt *R* bezeichnet werden kann, in welchem die immer normal zur Stellung des Schirms gegebene Horizontale *PB* die Schädeloberfläche trifft.

Damit erhält man die Entfernung PB und nach Abzug der leicht messbaren Distanz RB auch die Tiefe PR, in welcher sich der Fremdkörper in der festgesetzten Richtung vorfindet.

Mit meiner Methode werden 2 verschiedene Probleme gelöst. Es wird damit ermöglicht:

1) die praktische und genaue Bestimmung des Fußes der vom Mittelpunkt eines in einem beliebigen Theil des menschlichen Körpers, besonders aber in der Schädelhöhle befindlichen Fremdkörpers auf die äußere Oberfläche seiner Wand — selbst wenn diese rund wie der Schädel ist — gezogenen Normallinie,

2) die Bestimmung der Tieflage des Fremdkörpers durch Ableitung aus den relativen Versetzungen der Irradiationsquelle und des radioskopischen Bildes, ohne in die der Methode Angerer eigenen Unrichtigkeiten zu verfallen.

In diesem 2. Theil findet sich etwas Analogie mit der von Wildt[5] angewandten Methode vor, die, in diesen Tagen erst veröffentlicht, zu meiner Kenntnis gelangt ist, nachdem ich meine Arbeit bereits der Kgl. Akademie der Medicin in Turin vorgelegt hatte. Diese Analogie betrifft jedoch nur die geometrische Auffassung, nicht aber die praktische Versetzung und Abschätzung.

Dagegen halte ich für absolut neu, sowohl Betreffs der Argumente wie bezüglich der Modalität, den ersten Theil meiner Methode, die besonders beim Aufsuchen von Fremdkörpern in der Schädelhöhle von äußerster Wichtigkeit ist und nach den von mir gemachten Erfahrungen weder leichter, noch schneller oder genauer sein könnte.

Turin, 14. März 1899.

---

1) **De Quervain.** Des complications encéphaliques de l'actinomycose.

(Travaux de neurologie chirurgicale. III. Année. Paris, 1898.)

Die Existenz einer primären Aktinomykose des Gehirns ist bisher allein von Bollinger nachgewiesen worden, der bei der Sektion einer 26jährigen Frau, die unter schweren Gehirnsymptomen nach 1jähriger Behandlung im Koma verstorben war, im 3. Ventrikel einen haselnussgroßen »reinen« Herd fand. In den übrigen 18 Fällen, die de Q., einschließlich eines eigenen ausführlich geschilderten, aus der Litteratur zusammenstellte, handelt es sich entweder um Metastasen aus anderen Organen (Lunge) und Körperregionen, meist bei Erkrankungsformen, in denen die Aktinomykose einen pyämischen Charakter angenommen hatte, oder das Gehirn und seine Häute

[5] In Arnold's Arbeit citirt: Ein Fall von Pneumotomie wegen Fremdkörpers, ehe Eiterung eingetreten. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 3.)

waren von der Nachbarschaft her (Hals, Kiefergegend) in Mitleidenschaft gezogen worden. Die Löcher und Spalten der Schädelbasis bildeten die Eingangspforte, oder die Erkrankung wurde auf der Blutbahn (retrograder Transport) dem Gehirn übermittelt.

In dem Falle des Verf., der etwa $^3/_4$ Jahr beobachtet wurde, ging die Aktinomykose vom linken Unterkiefer aus, ergriff den Oberkiefer, Schläfenbein und fand schließlich durch den Keilbeinspalt einen Weg ins Gehirn. Es kam zur Bildung eines Abscesses im linken Schläfenlappen (Aphasie, rechtsseitige Parese), der in den Seitenventrikel durchbrach und damit den Tod des 61jährigen Kranken herbeiführte. In dem stinkenden Eiter fand sich neben dem Strahlenpilz ein kleiner Bacillus, der als der Eitererreger angesprochen wurde. In einem anderen Falle aus der Litteratur enthielt der aktinomykotische Gehirnabscess den Staphylococcus pyogenes. In allen erbrachten Beobachtungen — der Fall Bollinger's nimmt in jeder Hinsicht eine Sonderstellung ein — war ebenfalls die Aktinomykose durch sekundäre Infektion komplicirt, sowohl an dem ursprünglichen Sitz der Erkrankung, als bei der fortgeleiteten Gehirnaffektion.

Die Aktinomykose der Hirnhäute trat auf als lokalisirte Pachymeningitis, mit fibrinösen Auflagerungen, bei Infiltration der Dura, weiter unter Bildung von gelatinösem Gewebe zwischen Dura und Glia oder schließlich, bei Sekundärinfektion, als typische eitrige Meningitis. Das Frühstadium der Gehirnaktinomykose ist charakterisirt durch Bildung graulicher, gelatinöser Herde; im weiteren Verlauf kommt es zu Abscessbildung.

Die klinischen Symptome variirten nach dem Grad und dem Sitz der Erkrankung. Auffällig ist, dass in 5 der aufgeführten Beobachtungen die Betheiligung des Gehirns erst durch die Sektion festgestellt wurde. Freilich bildete in fast sämmtlichen Fällen die Hirnmetastase die letzte Etappe der Krankheit. So wurde auch nur einmal (Keller) operativ vorgegangen, und nach Ausheilung der primären Aktinomykose (Brustwand) ein Abscess des rechten Scheitellappens eröffnet, ohne dauernden Erfolg. Sonst trat in allen Fällen der Tod ein; die Prognose der Gehirnaktinomykose ist also absolut ungünstig.

de Q. meint, dass dort, wo ein Eingriff noch indicirt ist, man sich nicht mit der Eröffnung eines Abscesses begnügen soll; in erster Linie ist die Entfernung der auskleidenden Membran vorzunehmen, da sie den Strahlenpilz beherbergt, und zwar, da die Verwendung des scharfen Löffels im Gehirn nicht angänglich ist, mittels des Thermokauters oder chemischer Agentien. Sonst beschränkt sich die Therapie in Darreichung großer Dosen von Jodkali.

Gross (Altona).

---

2) W. W. Kleen and W. G. Spiller. Remarks on resection of the Gasserian ganglion.

(Amer. journ of the med. sciences 1898. November.)

In einer lehrreichen, lesenswerthen Abhandlung berichtet K. über die Erfahrungen, die er mit der Resektion des Ganglion Gasseri in 11 Fällen gemacht hat. Von seinen eigenen Fällen haben 3 tödlich geendet (Infektion, Chok). Die Gesammtmortalität von 108 zusammengestellten Fällen betrug 22,2 %. K. glaubt, dass diese hohe Quote sich durch bessere Beherrschung der unangenehmen Zufälle bei der Operation verringern lässt. Ein Recidiv der Neuralgie von der vor der Operation bestehenden Heftigkeit wurde in 1—2 % der Fälle konstatirt; in geringem Grade trat ein Recidiv in 4—5 % der Fälle ein.

Außer der Mortalität besteht die Hauptgefahr in der Möglichkeit des Verlusts des Augenlichts. Andere Nachtheile, wie Knochennekrose, Einsinken des Lappens, eventuelle Lähmung gewisser Schluckmuskeln, sind gering anzuschlagen im Vergleich mit der Befreiung von den fürchterlichen Schmerzen.

K. räth, das ganze Ganglion zu exstirpiren, da ein Zurücklassen des inneren Drittels (Tiffany) zu Recidiven führen muss.

Was die Technik betrifft, so schließt sich K. vollständig den Vorschriften von Hartley-Krause an. Zum Schutz des Auges vernäht K. die Augenlider in deren Mitte mit 2 Stichen, so dass der Conjunctivalsack noch zugänglich bleibt; nach 5 Tagen werden die Nähte entfernt und ein Uhrglas für 10—30 Tage über dem Auge befestigt.

Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen S.'s an den herausgeschnittenen Ganglien haben etwa Folgendes ergeben:

1) Die Marksubstanz der Nervenfasern innerhalb des Ganglion ist stark gequollen, atrophirt oder untergegangen, je nach Intensität der Erkrankung.

2) Die Achsencylinder sind degenerirt oder völlig zerstört.

3) Dasselbe gilt von den Nervenzellen des Ganglion selbst.

4) Die Gefäße wurden oft deutlich sklerotisch gefunden; in einzelnen Fällen obliterirt.

5) Zunahme des Bindegewebes im Ganglion bis zur Sklerose.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

3) Z. Donogány. Beiträge zum histologischen Bau der knorpligen Nasenscheidewand mit besonderer Berücksichtigung der habituellen Nasenblutungen.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 1.)

Verf. hat an 100 Leichen den vorderen unteren Theil der Scheidewand, von welchem man annimmt, dass er in den weitaus meisten Fällen der Ursprung des habituellen Nasenblutens ist, mikroskopisch untersucht. Er kam zu dem Ergebnis, dass diese Blutungen in der

Mehrzahl der Fälle durch lokale Veränderungen der Schleimhaut theils pathologischer, theils embryonaler Natur verursacht werden. Im ersteren Falle ist Gefäßerweiterung, im letzteren eine Art von Corpus cavernosum vorhanden. Neben diesen Veränderungen spielt auch das subepitheliale Bindegewebe eine wichtige Rolle, indem es durch seine stärkere Entwicklung die Entstehung der Blutungen erschwert, durch seine Atrophie aber begünstigt. **Teichmann** (Berlin).

---

4) **W. A. Wells.** Some nervous and mental manifestations occurring in connection with nasal disease.

(Amer. journ. of the med. sciences 1898. December.)

Nach W. soll ein auf Nasenerkrankung zurückzuführendes Symptom als Reflexerscheinung aufgefasst werden:

1) wenn es mit einer Nasenerkrankung ohne Stenose vorkommt,
2) wenn es mit bekannten Reflexerscheinungen vorkommt,
3) wenn es mit dem Aufhören der Nasenerkrankung verschwindet,
4) wenn es anfallsweise auftritt,
5) wenn eine umschriebene hyperästhetische Zone auf der Nasenschleimhaut vorhanden ist,
6) wenn das im Augenblick nicht vorhandene Symptom sich durch Berührung mit der Sonde hervorrufen lässt,
7) wenn umgekehrt das Symptom nach Bepinselung der Nasenschleimhaut mit Cocain verschwindet.

Andererseits muss an eine S t e n o s e als Ursache gedacht werden, wenn das in Rede stehende Symptom immer von einer solchen begleitet ist, wenn die zur Stenose führende Erkrankung einen permanenten Charakter hat, wenn die Symptome bei Wiederherstellung der normalen Nasenathmung verschwinden, wenn auch andere Erscheinungen bestehen, die durch die Stenose bedingt sind, wie Anämie, schlechter Ernährungszustand etc.

Unter diesen Gesichtspunkten bespricht W. 10 Fälle seiner eigenen Beobachtung, bei denen Kopfschmerz, Melancholie, Schläfrigkeit, Selbstmordgedanken, Schwindel, Krämpfe, Herzklopfen, Aprosexie, Lichtscheu, Migräne, Intoleranz gegen Alkohol, Gedächtnisschwäche durch Nasenaffektionen hervorgerufen wurden.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

5) **J. Mikulicz** und **W. Kümmel.** Die Krankheiten des Mundes. Mit Beiträgen von A. C z e r n y und J. S c h ä f f e r.

Jena, **G. Fischer,** 1898. Mit 2 lithogr. Taf. und 62 Abbild. im Text.

Das vorliegende, 250 S. umfassende Werk ist dem Bedürfnis des praktischen Arztes angepasst; es soll sowohl dem Hausarzt, als auch dem Specialisten in zweifelhaften Fällen ein Rathgeber sein. Es soll ferner dem Zahnarzt, der häufiger noch als der Arzt in die Lage kommt, die Mundhöhlen gesunder und kranker Menschen zu untersuchen, ein Führer sein durch das große Gebiet der nicht direkt

mit Zahnaffektionen zusammenhängenden Erkrankungen der Mundhöhle. Nicht behandelt sind die angeborenen Defekte und Missbildungen der Mundhöhle, weil diese ein ausschließlich chirurgisches Interesse haben. Eben so sind, um den Umfang des Werkes nicht übermäßig zu vergrössern, die Krankheiten der Zähne nicht berücksichtigt. Nur die Periostitis alveolaris mit ihren Folgezuständen, so wie die Pyorrhoea alveolaris sind, Angesichts der Wichtigkeit dieser Erkrankungen auch für den nicht speciell Zahnheilkunde treibenden Arzt, eingehend behandelt.

Im allgemeinen Theil wird zunächst auf die Bedeutung der Mundhöhle als Infektionspforte für den Organismus hingewiesen. Es werden einerseits die zahlreichen Krankheitserreger, welche entweder konstant, oder doch sehr häufig in der Mundhöhle angetroffen werden, entsprechend gewürdigt, andererseits werden die Schutzvorrichtungen erwähnt, welche die Mundhöhle besitzt, um sich dieser Feinde zu erwehren. Daran reiht sich ein interessantes Kapitel über die Bedeutung der Mundhöhle für die Weiterverbreitung von Krankheitskeimen, in welchem auf die verschiedenen Möglichkeiten der Übertragung von Krankheiten durch Bacillenverschleppung beim Sprechen und Räuspern, Husten und Niesen hingewiesen wird. Den allgemeinen Theil beschließt das Kapitel über die Mundpflege des gesunden und kranken Menschen. Hierin wird betont, dass eine, täglich mehrmals vorzunehmende, gründliche mechanische Reinigung der Mundhöhle, insbesondere der Zahnreihen durch Bürste und antiseptische Spülungen nicht nur für den gesunden Menschen, sondern vor Allem für den an einer schweren, mit Bewusstseinsstörung einhergehenden Krankheit daniederliegenden Pat. eine dringende Nothwendigkeit ist. Auch der Mundpflege des Geisteskranken ist Beachtung zu schenken. Die aus der Vernachlässigung der Mundpflege resultirende Stomatitis ist häufig der Grund der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken. Eben so bilden die mit der Stomatitis einhergehenden unangenehmen Geschmacksempfindungen und die Salivation nicht selten die Grundlage der Vergiftungsfurcht. Gewarnt wird vor der sorglosen Anwendung des Kali chloricum als Spülmittel bei Munderkrankungen. In der Koncentration, in der das Mittel einigermaßen desinficirend wirkt, hat es ausgesprochen toxische Eigenschaften. Für die Behandlung aller Wunden der Mundhöhle hat das Jodoform seine dominirende Stellung bis heute behauptet.

Im speciellen Theil des Werkes werden zunächst die Erkrankungen des Mundes ohne besondere Lokalisation, die Gonorrhoe, die Lues, die Tuberkulose und Aktinomykose, Rotz, Lepra und das Sklerom des Mundes behandelt und durch vortreffliche Abbildungen illustrirt. Es folgt ein zweiter Abschnitt über die Munderkrankungen mit besonderer Lokalisation, in welchem die entzündlichen Affektionen der Zunge, des Mundbodens, des Zahnfleisches, der Lippen und Wangen in übersichtlicher und durch eingestreute Krankengeschich-

ten und Abbildungen belebter Darstellung erschöpfend behandelt werden. Den Geschwülsten des Mundes, insbesondere den bösartigen Formen derselben, ist, ihrer Wichtigkeit entsprechend, ein breiter Raum gewidmet. Bei der Operation des Zungenkrebses hat M. in den letzten 12 Jahren keinen Todesfall als direkte Folge der Operation zu verzeichnen. Dies günstige Resultat wird zurückgeführt einmal auf die exakte Blutstillung mit präventiver Unterbindung der Art. lingualis und unmittelbarer, tiefgreifender Naht der Operationswunde, und zweitens auf die Nachbehandlung mit großen Jodoformgazetampons, wodurch infektiöse Processe mit Sicherheit vermieden werden. Operirt wird stets in halber Narkose und in sitzender Stellung. Die Reflexe sind dann so weit erhalten, dass die geringe Menge des an den Kehlkopf gelangenden Blutes sofort ausgehustet wird. Von der präventiven Tracheotomie macht M. grundsätzlich keinen Gebrauch.

Im vierten und letzten Abschnitt des Buches werden die Mundkrankheiten des Kindesalters besonders gewürdigt und in einem, für den praktischen Arzt sehr interessanten Kapitel die Affektionen der Mundschleimhaut bei Masern, Scharlach, Rötheln, Varicellen und Variola eingehend besprochen. Für die Behandlung der Stomatitis ulcerosa wird als bestes Antisepticum wiederum das Jodoform gerühmt. Empfohlen wird besonders das Einreiben eines Jodoformbreies auf die vornehmlich erkrankten Partien; eben so das Einlegen von Jodoformgazestreifen zwischen Zahnfleisch und Zunge, oder Lippe und Wangen. Die Streifen werden 24 Stunden und öfters noch länger liegen gelassen. Ref. vermisst die Erwähnung des, für die Behandlung der Mundfäule geradezu souveränen Mittels, des Wasserstoffsuperoxyds in 2 %iger neutraler Lösung, eines Spülmittels, mit dem man selbst die schwersten Formen der ulcerösen und speciell merkuriellen Stomatitis in einer für den Kranken durchaus schmerzlosen und angenehmen Weise in wenigen Tagen zur Heilung führen kann.

Eine recht werthvolle Sammlung von Recepten zur Pflege des gesunden und kranken Mundes beschließt das, jedem Praktiker dringend zu empfehlende Werk. Die äußere Ausstattung lässt nichts zu wünschen übrig. **Boennecken** (Prag).

---

6) **Fein.** Über die Ursachen des Wolfsrachens und der hinteren Gaumenspalten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 4.)

Für die Entstehung von Gaumenspalten sind außer der Virchow'schen Annahme von fötalen Entzündungsvorgängen folgende Ursachen (Ahlfeld) maßgebend:

1) Zwischenschieben einzelner Theile zwischen die beiden zu vereinigenden Hälften.

2) Zwischenschieben von amniotischen Falten in diese Spalten.

F. fasst die beiden Sätze dahin zusammen, dass ein Körper zu einer Zeit zwischen den zur Verwachsung bestimmten Hälften liege, in welcher die Verwachsung bereits statthaben sollte.

Dieser Körper ist nach seinen, sich auf 10 Fälle erstreckenden Untersuchungen in der hypertrophischen Rachentonsille zu suchen.

In den ersten 3 Fällen von Wolfsrachen, die ihm auf der Chiari-schen Abtheilung zu Gesicht kamen, bestand eine bedeutende Hyperplasie derselben, in 7 anderen nicht ausgewählten Fällen von nur angedeuteten Spaltbildungen des Gaumens wiesen 5 Individuen (fast nur Erwachsene) Reste von adenoider Substanz in höherem Grade auf. Der Umstand, dass solche Reste vorhanden sind, lässt nach F. darauf schließen, dass die Masse im Kindesalter eine bedeutendere war, da ja bekanntlich das adenoide Gewebe ein sehr labiles ist und mit Ausnahme der Kinderjahre mit dem zunehmenden Alter des Individuums immer mehr atrophirt.

Den vollgültigen Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung muss indessen erst eine in den ersten Fötalmonaten befindliche Frucht erbringen, bei welcher die entwickelte Rachenmandel zwischen den Gaumenhälften liegt. **Hübener** (Dresden).

---

7) **Tandler.** Zur Entwicklungsgeschichte des Uranoschiasma.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 7.)

T. bekämpft die Hypothese Fein's vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt aus, indem er hervorhebt, dass zwischen der vollendeten Entwicklung des Gaumens und dem ersten spurweisen Auftreten adenoider Substanz fast 2 Monate des embryonalen Lebens verstreichen, so dass zur Zeit der Entwicklung der Pharynxtonsille nicht mehr von einer werdenden Gaumenmissbildung, sondern nur von einem bereits fertigen Gaumendefekt gesprochen werden kann.

Hübener (Dresden).

---

8) **O. Chiari.** Über eine Modifikation der Anlegung der Nähte bei der Uranoplastik Behufs Schließung erworbener Defekte.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 1.)

Das Verfahren besteht darin, dass eine Nadel (gestielt) durch je einen Lappen durchgestoßen und, nachdem der Faden erfasst ist, wieder herausgezogen wird. Das Öhr der Nadel muss dabei dicht an der Spitze gebogen sein. Dann werden die hinteren Enden der entsprechenden Fäden mit einander verknotet, der Knoten durch einen Stichkanal herausgezogen und nun geknüpft.

C. schildert dasselbe als sehr bequem und leicht und theilt mit, dass Gersuny seit geraumer Zeit ein analoges benutze, welches ihm recht gute Dienste leiste. **Hübener** (Dresden).

---

9) **A. Alexander.** Das Protargol in der rhino-laryngologischen Praxis.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 1.)

Das vielberufene Protargol hat dem Verf. zur Behandlung der Angina, der Pharyngomykosis, der Diphtherie, aphthöser, syphilitischer und tuberkulöser Geschwüre der Mund- und Rachenschleimhaut, besonders der Kehlkopftuberkulose nichts geleistet. Dagegen hat es sich ihm bei hypertrophischen Formen des chronischen Rachenkatarrhs, bei der chronischen Laryngitis der Sänger und zur Abstumpfung der Empfindlichkeit der Nasenschleimhaut bei der Coryza vasomotoria bewährt. Besonders aber rühmt er es wegen seiner guten Wirkung bei manchen Nebenhöhleneiterungen: von 16 damit behandelten Fällen wurden 11 rasch und günstig beeinflusst, darunter solche, in welchen andere Mittel gänzlich versagt hatten. (Die günstige Wirkung auf gewisse Naseneiterungen kann Verf. nach seinen eigenen Erfahrungen bestätigen.) **Teichmann** (Berlin).

---

10) **J. v. Körösy.** Zur Serumstatistik.

(Therapeutische Monatshefte 1898. September.)

v. K., Direktor des municipalstatistischen Bureaus in Budapest, hat die Diphtheriestatistik, besonders diejenige von London und Triest, welche Kassowitz zu seinem äußerst absprechenden Urtheil über die Wirksamkeit der Seruminjektionen veranlasst hatte, einer genauen Nachprüfung unterzogen. Letzterer hatte erklärt, dass speciell die in Triest gemachten Erfahrungen »eine blutige Illustration zu der These von der sicheren Heilwirkung des Diphtherieserums bilden«. Sowohl für London, als auch für Triest konnte nun v. K. nachweisen, dass durch die Behandlung mit dem Serum eine erhebliche Abnahme des Procentsatzes der Todesfälle zu den Erkrankungsfällen unzweifelhaft erreicht worden ist.

Willemer (Ludwigslust).

---

11) **Rydygier.** Über Herzwunden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 47.)

Seitdem es Rehn gelungen ist, durch die Herznaht ein Menschenleben wirklich zu retten, ist die Behandlung der Herzwunden um einen großen Schritt ihrer Lösung näher gerückt. Um den Eingriff möglichst ungefährlich, sicher und leichter in der Ausführung zu gestalten, hat R. an der Leiche die Technik zu vervollkommnen gesucht.

Als erstes Haupterfordernis an eine brauchbare Operationsmethode ist hervorzuheben, dass der Herzbeutel in breiter Ausdehnung freigelegt werden könne, ohne eine der Pleurahöhlen zu eröffnen. Man muss sich vollkommen freien Zutritt zum Herzen schaffen, um die nicht leichte Operation der Herznaht rasch und sicher auszuführen.

Die Resektion einer oder zweier Rippen (Rehn, Resektion der 5. Rippe, Riedel, Resektion der 4. und 5. Rippen) ist entschieden unzureichend. Rehn beschreibt, dass bei jeder Systole die im rechten Ventrikel befindliche Herzwunde unter dem Brustbein verschwand, so dass er nur während der Diastole nähen konnte. Eben so wenig ist R. von der Schnittführung Del Vecchio's befriedigt, da er das ganze Brustbein stehen lässt. Schon besser entspricht der Forderung, das ganze Herz freizulegen, die Methode Podres', welcher einen Haut-Knochenlappen bildet, der die linke Hälfte des unteren Brustbeins und die Knorpel der 3.—7. Rippe enthält und eine laterale Basis hat, also nach links umgeschlagen wird. Das Durchtrennen des Brustbeins ist schwierig und zeitraubend, das Umklappen des Lappens beengt ein wenig den freien Zutritt nach dieser Seite hin, namentlich wenn man Veranlassung findet, bei der so oft vorkommenden gleichzeitigen Verletzung der linken Pleura diese Wunde zu erweitern.

Schon vor mehreren Jahren hat R. einen dreieckigen Haut-Muskel-Knochenlappen aus der seitlichen Brustwand zur Freilegung der Zwerchfellwunden empfohlen. Verschiebt man diesen Lappen so nach der Mitte zu, dass er die ganze Breite des Brustbeins und die Knorpel der linken 3., 4., 5. und event. auch 6. Rippe umfasst, so hat man einen ganz freien Zutritt zum Herzbeutel und Herzen. Man wird dabei niemals eine Pleurahöhle eröffnen, wenn man vorsichtig vorgeht und die Durchschneidung von Brustbein und Rippen subperiostal macht, im Übrigen sich dicht an die Innenfläche der Knochen und Knorpel hält. Selbst die A. mammaria int. braucht nicht unterbunden zu werden.

Die Schnittführung gestaltet sich nun folgendermaßen: Der horizontale Schnitt wird dicht oberhalb der 3. Rippe quer über das Brustbein geführt, so dass er dasselbe sowohl nach rechts wie nach links überragt, nach links etwas mehr. Der zweite Schnitt geht vom linken Ende des horizontalen Schnittes schräg nach unten bis unterhalb der 5. Rippe, etwa den Knorpelansätzen entsprechend. Darauf wird vorsichtig mit einem breiten Raspatorium das Periost vom Brustbein in der Schnittlinie abgehoben und der Knochen mit Knochenschere, Meißel oder Säge durchtrennt. Eben so durchschneidet man die Knorpel der 3., 4., 5. Rippe dicht an ihrem Ansatz am Knochen. Indem man weiter vorsichtig den Lappen aufhebt und sich streng an die Innenfläche der Knochen hält, hilft man mit Schere und Raspatorium immer nach, um die zwischen den Rippen stehen gebliebenen Muskeln zu trennen und den ganzen Lappen an seiner Innenfläche allmählich abzulösen, ohne Pleura oder Perikard zu verletzen. Macht das Umklappen des Lappens etwa Schwierigkeiten, so kann man sehr leicht von innen her noch die 6. Rippe mit einem Messer durchschneiden und — wenn nöthig — auch am rechten Umbiegungsrande nachhelfen. Der Lappen wir

nach rechts umgeschlagen, und man hat so vollständig freien Zutritt zur breiten Eröffnung des Herzbeutels. **Hübener** (Dresden).

---

12) **E. Giordano.** Di un nuovo metodo di apertura del mediastino anteriore (resezione osteoplastica dello sterno).

Am rechten Brustbeinrand durchtrennt ein senkrechter Schnitt, der 2—3 Rippen berührt, die Interkostalmuskeln. Mit dem Finger wird die Pleura an der Rückseite der Rippenknorpel zurückgeschoben und diese mit einer Knochenschere möglichst nahe am Brustbein durchtrennt. Vom oberen Ende des Vertikalschnitts führt ein Querschnitt zum linken Brustbeinrand. Nachdem die Pleura wieder mit dem Finger zurückgeschoben ist, wird das Brustbein durch einen möglichst tangential aufgesetzten Meißel durchschlagen. Dasselbe geschieht am unteren Ende des Längsschnitts. Mit einem stumpfen Haken hebt man nunmehr das Brustbeinstück empor, und zwar so weit, dass man mit dem Finger unter dasselbe gelangen kann. Die Rippen-Brustbeingelenke der linken Seite werden luxirt. Man kann nunmehr durch einen weiten vierseitigen Raum in das vordere Mediastinum gelangen. Später vereinigt eine Metallnaht einen Rippenknorpel wieder, und darüber werden die Weichtheile genäht. G. hat die Operation in 6 Fällen an der Leiche ausgeführt und nur 5 Minuten dazu gebraucht. **Dreyer** (Köln).

Kleinere Mittheilungen.

Eine seltene Ellbogenverletzung.

Von

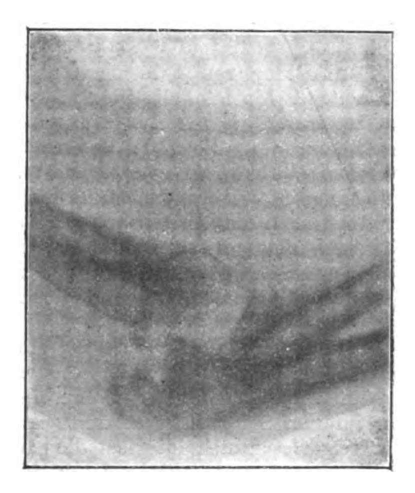
Dr. Oscar Wolff,

Assistenzarzt an der chirurgischen Abtheilung des Kölner Bürgerhospitals. Geh.-Rath Bardenheuer.

Der 14jährige M. P. fiel am 7. Januar d. J. aus einer Höhe von $1^1/_2$ m herunter und schlug mit dem spitzwinklig gebeugten linken Ellbogen auf eine Holzdiele auf. Unmittelbar nach der Verletzung stand der Arm vollkommen gestreckt und konnte aktiv nicht gebeugt werden. In Chloroformnarkose soll der Arm dann in rechtwinklige Stellung gebracht worden sein. Die Nachbehandlung wurde in fixirenden Verbänden geführt.

9 Wochen nach Eintritt der Verletzung kam der Verletzte in unsere Behandlung. Der linke Arm stand im Ellbogen rechtwinklig flektirt, die Hand in leichter Pronation. Alle Bewegungen — Extension, Flexion, Pro- und Supination — waren durch eine vollständige Ankylose aktiv und passiv aufgehoben. Der quere Durchmesser der Kondylen betrug links etwa $^1/_2$ cm mehr als rechts. Das ganze Gelenk war in so derbe, schwartige Massen eingebettet, dass eine einigermaßen genaue Abtastung oder Durchtastung der einzelnen Knochentheile unmöglich war. Zwar wies der verbreiterte Querdurchmesser des Olekranons auf eine hier stattgehabte Fraktur hin, es ließ sich aber nicht feststellen, ob außer der Fractura intracondylica et olecrani noch andere Verletzungen vorlagen. Die leichte Pronationsstellung der Hand in Verbindung mit absoluter Behinderung der Supination musste den Verdacht auf eine hochsitzende, etwa durchs Collum verlaufende Radiusfraktur erwecken; den sicheren Nachweis derselben durch Feststellung einer Verbreiterung des Knochens zu führen, war aber bei den eigenthümlichen Verhältnissen unmög-

lich. Es kam erst Klarheit in die Sache, als zum Zweck des Brisement forcé die Chloroformnarkose eingeleitet und der Arm in gestreckte Stellung gebracht wurde. In der Ellbeuge entsteht eine Vorwölbung, welche Form und Größe der Oberarmkondylen hat und thatsächlich durch dieselben gebildet wird, wie passiv ausgeführte Bewegungen beweisen. Der Vorderarm hatte also die Trochlea verlassen. Auffallend war nur, dass sich auch jetzt weder die Incisura sigmoidea noch die Delle des Radiusköpfchens abtasten ließ. Das nebenstehende Röntgenbild giebt die Erklärung: Die Luxation des Oberarms nach vorn ist ohne Weiteres ersichtlich. Das Olekranon ist mehrfach frakturirt, die Fragmente sind nach der Incisura sigmoidea hin dislocirt und füllen dieselbe größtentheils aus. Der Processus coronoideus ist abgebrochen und nach vorn verschoben. Das Radiusköpfchen ist winklig abgeknickt. Bei genauerem Zusehen — leichter sieht man das Alles auf der photographischen Platte, als auf der Kopie — findet sich auch noch eine Fractura intracondylica.



Also eine sehr komplicirte Verletzung: Fractura olecrani, Fractura intracondylica, Luxatio humeri, Fractura processus coronoidei, Fractura colli radii.

Was die Entstehung betrifft, so ist vielleicht primär durch das Aufschlagen auf die Holzdiele das Olekranon gebrochen. Die Gewalt war damit nicht erschöpft, das gebrochene Olekranon wurde nach vorn getrieben und drängte die Humeruskondylen aus ihren Gelenkverbindungen mit Radius und Ulna, wobei alle 3 Knochen zu Schaden kamen. Dem Radius wird der Kopf abgebrochen, der Ulna der Processus coronoides, und der Humerus erleidet eine Fractura intracondylica. Möglich ist es auch, dass die Fraktur im Radiushals durch eine forcirte Rotationsbewegung zu Stande gekommen ist.

Wenn eine Kombination von Luxation und Fraktur in so ausgedehntem Maß auch selten ist, so hat sich doch seit Einführung der Röntgenphotographie unsere stets gemachte Annahme bestätigt: Alle Luxationen sind weit häufiger mit Absprengung kleinerer oder größerer Knochenfragmente, mit Fissuren verbunden, als allgemein angenommen wird. Eine reine Ellbogenluxation ohne Fraktur ist aber eine Seltenheit; das beweist einmal das Röntgenbild, und wenn dieses im Stich lässt, beweist es die später nachweisbare Verbreiterung des queren Durchmessers der Kondylen oder die Verbreiterung eines einzigen Kondylus.

---

13) **Baehren** (Wiesbaden). Durch Röntgenstrahlen entlarvt.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1898. Hft. 12.)

Das Bestreben, sich von dem unbequemen Militärdienst freizumachen und wenn möglich auch noch eine Pension herauszuschlagen, zeitigt oftmals eben so wunderbare Früchte als es etwa die Hysterie thut. So hatte man nicht selten gesehen, dass hysterische Frauenzimmer sich Nadeln unter die Haut brachten. Hier wird nun die Krankengeschichte eines Kavalleristen mitgetheilt, welcher lange Zeit an entzündlicher Schwellung der rechten Hand litt und dieselbe auf eine Beschädigung im Dienst zurückführte. Erst durch Aufnahme mit Röntgenstrahlen wurde als Grund der Krankheit das Vorhandensein mehrerer Drahtstücke und Stecknadeln ohne Köpfe nachgewiesen, nach deren Entfernung Heilung eintrat und der Mann der verdienten Bestrafung überwiesen werden konnte. Der Fall hat nicht nur militärärztlich, sondern auch für die Beurtheilung Unfallverletzter und Arbeitsunfähiger von Bedeutung, da er zeigt, dass hartnäckige Entzündungs-

vorgänge durch absichtlich unter die Haut gestoßene Fremdkörper unterhalten werden können. Da es sich in ähnlichen Fällen wohl stets um Metallkörper handeln wird, ist ihr Nachweis mittels der X-Strahlen leicht zu führen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

14) **Pupovac.** Über seltene Lokalisationen von Fettgeschwülsten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 3.)

Mittheilung von 4 in der Gussenbauer'schen Klinik beobachteten Fällen von seltener Lipomlokalisation.

Im ersten war der Ausgangspunkt der Geschwulst das subaponeurotische Fett der Vola manus, die von hier aus durch die Sehnen der Fingerbeuger und den Zwischenknochenraum des 3. und 4. Metacarpus durchgewuchert war und als hühnereigroße Geschwulst der Dorsalfläche imponirte.

In dem 2. Falle hatte sich das Lipom von dem auf dem M. pronator quadratus gelegenen Fett entwickelt und sich, nachdem es die Sehnen der Fingerbeuger aus einander gedrängt hatte, schließlich zwischen dem M. palmaris longus und Ulnaris internus, die tiefe Fascie vorwölbend, an der Ulnarseite des rechten Vorderarms bemerkbar gemacht.

Das dritte, am Hals gelegene, ging von der gemeinsamen Gefäß- und Nervenscheide aus (Fibrolipom); hier machte die Diagnose einige Schwierigkeiten.

Im 4. Falle handelte es sich um ein retroperitoneal gelegenes Fibrolipom, welches von interner Seite als rechtsseitiger Nierentumor angesehen worden war. Derb-elastische Geschwulst, die fast die ganze rechte Bauchhälfte ausfüllte, von größtentheils glatter, nur stellenweise kleinhöckriger Oberfläche, im Ganzen beweglich. Die Geschwulst lässt sich leicht stumpf auslösen, haftet mit breitem Stiel hinten und medialwärts fest. Die anscheinend normale Niere, nach unten von der Geschwulst gelegen, wird nach schrittweiser Durchtrennung des Geschwulststiels nach präventiver Abklemmung der Gefäße mit entfernt, wesshalb, ist nicht recht ersichtlich. »Einen Schaden erlitt Pat. dadurch nicht.« **Hübener** (Dresden).

15) **C. Ritter.** Der Fettgehalt in den Endotheliomen (Peritheliomen) des Knochens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 349.)

R. erörtert speciell einen Fall von Endotheliom der Tibia, dessen Präparat, durch Knieexartikulation von einer 51jährigen Frau in der Kieler Klinik gewonnen, er genau histologisch untersucht hat. Die Geschwulst bestand aus Kapillaren; diese Kapillaren tragen ringsum einen einschichtigen Zellmantel (Endothel- bezw. Perithelzellen); die Zellen umgrenzen ihrerseits Hohlräume, die mit massenhaftem Blut gefüllt sind. Weitere Einzelheiten und eine Reihe guter Bilder siehe Original. Worauf es dem Verf. besonders ankommt, ist der von ihm in jenen Endothelgeschwulstzellen nachgewiesene Fettgehalt. Diese großen Zellen enthielten eine ungeheuere Menge von feinsten Tröpfchen, welche von Essigsäure nicht aufgelöst, von Osmiumgemischen aber schwarz gefärbt wurden. Eine Fettdegeneration ist auszuschließen, da alle Zellen einen mit Kernfarben gut färbbaren Kern besaßen. Es muss sich also um eine auf nutritiven Vorgängen beruhende Fettinfiltration handeln, und zwar wahrscheinlich um eine solche aus den Kapillaren. Außer Fett fand sich in der Geschwulst ferner Glykogen. Große Ähnlichkeit mit dem R.'schen Fall hat ein von Driessen beschriebener.

Erwähnt mag noch werden, dass R. im Eingang seiner Arbeit die übliche Erklärung des Fettgehalts der Kolostrumkörperchen durch eine fettige Degeneration des Alveolarepithels für irrig erklärt, da alle Kolostrumzellen gut färbbare Kerne haben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

16) **Wegner.** Beitrag zur Lehre von den traumatischen Epithelcysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 201.)

Die kurze Arbeit bringt aus der Poliklinik der Charité 3 Fälle von an der Hand sitzenden Epithelcysten, als solche nach der Exstirpation durch mikroskopi-

sche Untersuchung bezeugt, die W. als traumatisch entstanden betrachtet. In Fall 1 war die kirschkerngroße Geschwulst kurze Zeit nach der Heilung einer eiternden kleinen Wunde entstanden, die Pat. sich vor 3 Jahren beim Hinüberreichen der Hand über eine mit Glasscherben bedeckte Mauer zugezogen hatte. In Fall 3 hatte der Pat. an der Sitzstelle der Geschwulst vor 2 Jahren einen Furunkel gehabt, der unter Behandlung mit feuchten Umschlägen langsam heilte. Einige Wochen später zeigte sich an Stelle der Narbe die erste Spur der operirten Geschwulst. In Fall 2 ergab die Anamnese allerdings keinen Anhalt für Annahme eines Traumas. Indessen können kleine Handverletzungen sehr wohl der Beachtung der Pat. entgehen. Als Beleg hierfür giebt W. einen 4. Fall, eine bindegewebig-balgige Hohlhandcyste betreffend, welche ein kleines Eisenstückchen enthielt, deren Träger aber sich nicht entsinnen konnte, wann und wie letzteres ihm unter die Haut gedrungen war. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

17) **T. Ringel.** Osteomalakie beim Manne.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

Ein 25jähriger Mann erkrankte plötzlich unter den Erscheinungen allgemeiner Muskelschwäche und Gehstörungen; 4 Jahre später wird zuerst eine deutliche Verkrümmung der Wirbelsäule beobachtet, die in dem nächsten $1\frac{1}{2}$ Jahre zu einer enormen Missstaltung des ganzen Thorax führt. Die allgemeine Schwäche und die Unfähigkeit zu gehen nehmen mehr und mehr zu, bis der Kranke schließlich völlig ans Bett gefesselt ist. 11 Jahre nach Beginn des Leidens erfolgte der Tod an Blutung aus einem Magengeschwür. Wie die Sektion ergab, beruhten die Missstaltungen der Wirbelsäule und des Brustkorbs auf einer abnormen Weichheit der betheiligten Knochen; auch die Knochen des Schädels und des Beckens sind auffallend weich und biegsam, am rechten Humerus besteht eine Einknickung, die abnorme Beweglichkeit zeigt; im Übrigen zeigen die Extremitätenknochen relative Festigkeit und keine Verkrümmungen. In der Litteratur konnte Verf. nur noch 2 sichere Fälle von Osteomalakie beim Manne auffinden, giebt indessen der Vermuthung Ausdruck, dass osteomalakische Erkrankung beim männlichen Geschlecht doch viel häufiger vorkommt, als man anzunehmen pflegt.

Honsell (Tübingen).

18) **E. G. Janeway.** Two attacks of temporary hemiplegia occurring in the same individual as the result of the use of peroxide of hydrogen in a sacculated empyema (pleural).

(Amer. journ. of the med. sciences 1898. Oktober.)

Der Fall betrifft einen 41jährigen Mann, bei dem ein linksseitiges Empyem in der Lendengegend eröffnet worden war. $3\frac{1}{2}$ Monate nach der Operation trat im Anschluss an die Injektion einer geringen Menge von Wasserstoffsuperoxyd in die granulirende Wundhöhle plötzlicher Collaps und kurze Bewusstlosigkeit ein, nach welcher der rechte Arm und das rechte Bein für 25 Minuten gelähmt waren. 3 Tage später wiederholte sich der gleiche Zufall, um eben so schnell wieder zu verschwinden. J. glaubt, dass Luft oder Gas (Sauerstoff) durch gequetschtes Granulationsgewebe in die Blutbahn, und zwar in die Wurzeln der Pulmonalvenen gelangt ist. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

19) **L. Reinprecht.** Zur Kasuistik der Geschwülste des knöchernen Schädeldaches.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

Ausführliche Mittheilung eines Falles von plexiformem Angiosarkom des Stirnbeins bei einer 55jährigen Frau. Die Geschwulst war im Anschluss an ein Trauma entstanden, hatte im Verlauf von 8 Monaten Gänseeigröße erreicht und sowohl die äußere wie die innere Lamelle des Schädelknochens durchbrochen. Die von v. Hacker ausgeführte Exstirpation der Geschwulst musste wegen gewaltiger Blutung zweizeitig vorgenommen werden. **Honsell** (Tübingen).

20) Schmitz. Über den angeborenen Hirnbruch.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1898. No. 21.)

S. hat 3 Fälle mit elastischer Ligatur behandelt; einer davon, eine Meningocele occipitalis, scheint geheilt; das Kind wurde $3^1/_2$ Wochen nach der Operation mit kleiner granulirender Stelle entlassen. Die beiden anderen, Encephalocystocelen, starben.

Die blutige Abtragung des Bruches führte S. in 9 Fällen aus; 5 starben, 4 heilten; unter den letzteren blieb nur einer — haselnussgroße Meningoencephalocele naso-orbitalis — definitiv heil, die anderen bekamen Hydrocephalus und Recidiv des Hirnbruchs. **Haeckel** (Stettin).

21) P. Lereboullet. Sur un cas d'abcès du cerveau. Difficultés du diagnostic. Confusion avec l'urémie cérébrale et la méningite tuberculeuse.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. December.)

Die diagnostischen Schwierigkeiten bei der 32jährigen Frau bestanden in der Abwesenheit aller Herdsymptome (der Abscess saß im Schläfenlappen), in dem Zusammentreffen von Koma, Konvulsionen und Albuminurie 7 Wochen nach der Entbindung und im Mangel der Anamnese einer früher bestandenen Otorrhoe. Der Abscesseiter zeigte den Pneumococcus in Reinkultur.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

22) C. Biehl. Ausgedehnte Verschleppung von Thrombenmaterial durch retrograden Transport nach einer otogenen Thrombophlebitis des Sinus sigmoideus sinister.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. No. 1.)

Bei einem Soldaten wurden wegen eines verjauchten Cholesteatoms mit Sinusthrombose nach einander die Freilegung der Mittelohrräume, die Eröffnung der mittleren Schädelgrube, die Incision und Ausräumung des linken Sinus sigmoideus und schließlich noch die Unterbindung der linken Vena jugularis ausgeführt. Unter pyämischen Erscheinungen, namentlich einer deutlich nachweisbaren Pleuritis, trat der Tod ein. Bei der Sektion fand sich nicht bloß der linke Sinus transversus bis zum Confluens sinuum thrombosirt, sondern auch der rechte Sinus sigmoideus, der rechte Sinus petrosus inferior, der Sinus cavernosus, der Sinus circularis Ridleyi, die rechte Vena ophthalmica sup. und ein großer Venenstamm in der linken Sylvi'schen Furche. Verf. nimmt, wohl mit Recht, an, dass es sich hier um eine retrograde Verschleppung von zerfallenem Thrombenmaterial handle, und erblickt die Ursache für das Zustandekommen dieses Modus in der durch die Pleuraergüsse behinderten Athmung und der Drucksteigerung im Thorax und den venösen Gefäßen, Bedingungen, welche auch im Experiment sich geeignet erwiesen haben, den Venenstrom direkt umzukehren und eine retrograde Verschleppung von Inhalt der venösen Blutbahn zu begünstigen. **Teichmann** (Berlin).

23) P. Audion. Mastoïdite suppurée; ostéomyélite à foyers multiples.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. December.)

Bei einem 9jährigen Jungen traten im Anschluss an eine eitrige Entzündung des rechten Warzenfortsatzes (nach Mittelohreiterung) Metastasen im linken Schienbein, dem rechten Oberarm, dem linken Schlüsselbein auf. Der Warzenfortsatz so wie die anderen 3 Knochen wurden trepanirt. Der Bakterienbefund im Eiter negativ. Der Knabe starb 8 Tage nach der 1. Operation.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

24) Axenfeld. Demonstration eines Falles von exstirpirtem Myxosarkom des Sehnerven.

(Korrespondenzblatt des Allgem. Mecklenburgischen Ärztevereins No 195.)

A. hat bei einem 12jährigen Mädchen mit der Krönlein'schen osteoplastischen Resektion der äußeren Orbitalwand ein über walnussgroßes Myxosarkom der Seh-

nerven mit Erhaltung des Bulbus erfolgreich exstirpirt. Das klinische Bild der Erkrankung war sonst typisch, nur war ungewöhnlich, dass vor der Operation fast volle Sehschärfe bei freiem Gesichtsfeld bestanden hatte, obwohl der Sehnerv, unter ausgedehntem Schwund der Markscheiden, in der Mitte der Orbita um das 3—4fache verdickt war. Wie die mikroskopische Untersuchung ergab, verliefen durch die Gechwulst hindurch (Einlagerung von hyalinem Knorpel!) zahlreiche Nervenfasern. Ein Recidiv war nach 3 Monaten nicht eingetreten, obwohl centrale Theile der Geschwulst, im knöchernen Kanal, hatten zurückgelassen werden müssen. Die nach der Operation hervorgetretene Ptosis verlor sich allmählich; sie war übrigens zum Schutz der anästhetischen Hornhaut willkommen.

Gross (Altona).

25) **Sprenger.** Ein Kathetertrokar zur Punktion der Oberkieferhöhle.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 1.)

Das Instrument ist einem Ohrkatheter nachgebildet in Bezug auf seine Krümmung und gleich diesem mit einer Führungsmarke versehen, welche den Operateur über die Stellung der Spitze im Inneren des unteren Nasengangs orientirt. Die Punktion soll ausgeführt werden, wenn die Marke nach dem äußeren Augenwinkel zu sieht. An das Ende des Trokars kann ein Gummischlauch angeschraubt werden, welcher die Verbindung mit der Spritze zum Durchspülen der punktirten Höhle vermittelt. Die Vorzüge des Instruments fasst Verf. dahin zusammen, dass es gut in der Hand liegt, wenig das Licht verdeckt, sich wenig biegt und stets anzeigt, wohin seine Spitze gerichtet ist. **Teichmann** (Berlin).

26) **H. Haag.** Über Gesichtsschädelform, Ätiologie und Therapie der angeborenen Choanalatresie.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 1.)

In 3 selbst beobachteten Fällen von angeborener doppelseitiger Choanalatresie fand Verf. einen ausgeprägten Hochstand des Gaumens; gleichwohl hält er diesen nicht für eine Folge der bestehenden Mundathmung, sondern da in einer Reihe von Beobachtungen der gleichen Anomalie trotz der von Geburt an bestehenden Mundathmung ein normaler Gaumen sich vorfand, so fasst er den Hochstand des Gaumens als Theilerscheinung des auch in seinen 3 Fällen vorhandenen leptoprosopen Gesichts auf. In dem einen von diesen Fällen bestand auch einseitige Gesichtshypoplasie, wie auch in 2 von anderen Autoren beschriebenen Fällen. Verf. hält diese nicht für eine Folge der Nasenverstopfung, da sie auch bei beiderseitiger Atresie nur einseitig auftreten kann, sondern glaubt, dass sie, wie das Choanendiaphragma selbst, auf fötal einwirkende Ursachen zurückzuführen sei. In Bezug auf die Entstehung des angeborenen Choanenverschlusses nimmt er nach den Darstellungen Hochstetter's von der Entwicklung der primären Nasenhöhlen an, dass das Choanaldiaphragma die persistirende und im Verlauf der Entwicklung nach hinten gerückte Membrana bucco-nasalis darstelle. In 2 von seinen Fällen waren die unteren Muscheln abnorm klein und mit grauer, dünner und höckriger Schleimhaut bekleidet. Die untere Partie der Nasenhöhle erschien daher trotz der Schmalheit des knöchernen Nasengerüsts auffallend weit. Das vorher fehlende Geruchsvermögen stellte sich in allen 3 Fällen nach Eröffnung der Diaphragmen in normaler Weise ein. Die Eröffnung erfolgte mittels Durchstoßung der Verschlussplatten mit dem Meißel, wobei die hintere Rachenwand durch den im Nasen-Rachenraum liegenden Zeigefinger geschützt wurde. In 1 Falle wurde, um der Neigung zum Wiederverwachsen der Öffnungen zu begegnen, das hintere Ende der Nasenscheidewand resecirt. **Teichmann** (Berlin).

27) **M. Görke.** Zur Pathologie und Diagnostik der Nasentuberkulome.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 1.)

Beschreibung einer Geschwulst vom vorderen Ende der knorpligen Nasenscheidewand bei einer 30jährigen, erblich tuberkulös belasteten Frau. Die zur Unterscheidung bacillärer von »Fremdkörpertuberkulose« nothwendigen histologischen

Merkmale werden ausführlich besprochen und insbesondere regressive Veränderungen, welche dem wahren Tuberkulom eigenthümlich sind und auch im vorliegenden Falle in Gestalt von kalkhaltigen Elacinanhäufungen im Innern von Riesenzellen vorhanden waren, nach ihrem diagnostischen Werth gewürdigt.

Teichmann (Berlin).

28) **A. W. Dempel.** Zur Frage der Tuberkulose der drüsigen Entartung der Nasen-Rachenwand und der Rachenmandel bei sonst Gesunden.

(Chirurgia Bd. IV. p. 225. [Russisch.])

D. hat an dem ihm von Herzfeld in Berlin übergebenen Material 15 Fälle jener ersten Art untersucht und dabei keinen Fall tuberkulöser Erkrankung gefunden, während er unter 15 Fällen von Rachenmandeln 1mal Tuberkulose feststellen konnte. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

29) **Broekaert.** De la diphthérie primaire de l'amygdale pharyngée.

(Revue de laryngol. 1899. No. 4.)

Bei einem 18jährigen Mädchen, welches seit 3 Wochen außer allgemeiner Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit eine starke Schwellung der Drüsen am Kieferwinkel aufwies, fand Verf. als Ursache für diesen Symptomenkomplex bei sonst gesunder Rachen- und Nasenschleimhaut einen derben fibrinösen Belag der Rachenmandel, welcher sich bei bakteriologischer Untersuchung als wahre Diphtheriemembran erwies. Der Verlauf war günstig. Verf. macht auf die Ansteckungsgefahr in solchen wegen der geringfügigen Krankheitserscheinungen wenig beachteten und meist verkannten Fällen aufmerksam.

Teichmann (Berlin).

30) **A. Baer.** Zur Kenntnis der Pharynxtuberkulose.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. No. 2.)

Mittheilung zweier Fälle, in welchen die Behandlung der Geschwüre mit Ausschaben und Milchsäure in aufsteigender Koncentration erfolgreich war. In einem Falle trat völlige Vernarbung ein, allerdings bei sehr geringfügiger Lungenerkrankung. In beiden Fällen war der Kehlkopf völlig frei.

Teichmann (Berlin).

31) **A. Raoult.** Abcès chronique du voile du palais et de la logette sus-amygdalienne contenant des calculs.

(Revue de laryngol. 1899. No. 5.)

In den letzten Jahren sind wiederholt ähnliche Fälle beschrieben worden, in welchen sich eine die Mandeltasche einnehmende Eiteransammlung eine Strecke weit in den weichen Gaumen hinein fortsetzte. Verf. glaubt, dass hierzu keine präformirte Kommunikation, resp. Hohlraumbildung im weichen Gaumen nothwendig sei, sondern dass der Eiter, die beiden Gaumenbögen an ihrer Vereinigungsstelle gleichsam aus einander drängend, seinen Weg in den weichen Gaumen sich selbst bahne. Nöthig hierzu dürfte immerhin eine gewisse Lockerheit des interstitiellen Bindegewebes sein, da bei der Häufigkeit der Peritonsillarabscesse sonst häufiger solche Ausbreitungen in den weichen Gaumen hinein beobachtet werden müssten. Neu ist das Vorkommen von Konkrementen in solchen Abscesshöhlen, sie finden sich sonst nur im Mandelgewebe selbst. **Teichmann** (Berlin).

32) **G. Nieny.** Zur Pathologie und Therapie der Halskiemenfisteln.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

N. berichtet über einen Fall von kompletter Halskiemenfistel bei einem 2jährigen Kind, welcher von Garrè in toto exstirpirt worden war. Dieselbe stellte einen einfachen, in der Mitte verengten, an den Enden ampullenförmig erweiterten Gang dar, dessen Wand aus kreisförmig angeordnetem Bindegewebe,

Muskelfasern, sehr zahlreichen Follikeln und Schleimdrüsen zusammengesetzt war. Die innere Auskleidung der Lichtung wurde in der Mitte, so wie eigenthümlicherweise auch in dem äußersten Abschnitt von Cylinderepithel, im innersten Abschnitt, so wie in einem Theile der peripher gelegenem Ampulle von Plattenepithel gebildet.

Nach N.'s Auffassung handelte es sich von vorn herein um eine vollständige Fistel, welche ursprünglich im inneren Bezirk mit Cylinderzellen, im äußeren von Plattenzellen belegt gewesen war; in der Folge hatte sich aber im Bereich der inneren Mündung das Cylinderepithel in Plattenepithel umgewandelt, in der äußeren Hälfte ist das Plattenepithel durch Entzündung größtentheils verloren gegangen und durch Cylinderepithel ersetzt; daher die scheinbare Regellosigkeit in der Zellauskleidung der Lichtung.

Bezüglich der Therapie tritt Verf. entschieden für Totalexstirpation des Fistelgangs als das einzige gegen Recidiv schützende Verfahren ein. Die innere Mündung soll, wenn angängig, umschnitten und die Wunde durch Naht geschlossen werden. Im Übrigen ist die Ausschälung möglichst stumpf und nahe an der Fistelwand vorzunehmen. **Honsell** (Tübingen).

33) **E. Ausset** (Lille). Angine diphthérique avec croup; tubage prolongé pendant sept jours; durée du séjour du tube dans le larynx: 132 heures; impossibilité de retirer le tube sans menaces d'asphyxie immédiate; mort par spasme de la glotte.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. December.)

Bei der Autopsie des Kindes (2 Jahre) wurden am Kehlkopfeingang so wie im subglottischen Raum Ulcerationen gefunden. Diesen schreibt A. den Glottiskrampf zu. Eine Tracheotomie hätte das Kind vielleicht gerettet.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

34) **Keimer.** Carcinom nach Gumma des Kehlkopfs.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. No. 2.)

Verf. theilt 2 Fälle eigener Beobachtung mit, welchen unter einander und mit anderen derartigen in der Litteratur niedergelegten Fällen das eine Moment gemeinsam ist, dass die luetische Erkrankung vernachlässigt und verschleppt worden war. In dem einen Falle wurde auch die Operation so lange hinausgeschoben, dass schließlich der ganze Kehlkopf entfernt werden musste. Der Kranke ging in der 3. Woche nach der Operation an putrider Bronchitis zu Grunde. Im 2. Falle wurde die Operation verweigert. **Teichmann** (Berlin).

35) **W. Freudenthal.** Ein Fall von chronischer Urticaria laryngis.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 1.)

Der Pat., welcher seit vielen Jahren an einer oft wiederkehrenden allgemeinen Urticaria litt, hatte während des zuweilen monatelang sich hinziehenden Anfalls stets auch ein Kitzelgefühl im Hals. Diesem entsprach objektiv eine diffuse Röthung der Schleimhaut auf der laryngealen Fläche des Kehldeckels mit einer leichten ödematösen Erhabenheit auf der rechten Seite, welche allen örtlichen Behandlungsmethoden trotzte, sich aber von selbst verlor, sobald die Hautaffektion durch Aufenthaltsänderung und Regelung der Verdauung verschwand.

Teichmann (Berlin).

36) **F. Kermauner.** Über Blutungen nach Tracheotomie und Ösophagotomie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 43.)

Während die Mehrzahl der veröffentlichten Fälle von tödlichen Blutungen nach Tracheotomie Kinder betreffen, bringt K. in der vorliegenden Mittheilung 5 einschlägige Beobachtungen, von denen 4 an Erwachsenen gemacht wurden. In 1 Falle (2jähriger Knabe) wurde die Obduktion verweigert (starke venöse Blutung

aus der Tracheotomiewunde am 4. Tage p. op., die auf Abgleiten der Ligaturen von einem 5 mm dicken, quer über die Trachea ziehenden Venenstamm, der bei der Operation doppelt unterbunden und durchschnitten wurde, zurückgeführt wird). Bei 3 anderen Fällen erwies die Obduktion die Quelle der Blutung (1mal die Carotis communis, 2mal Arteria anonyma). In dem 5. Falle (Ösophaguscarcinom auf die Trachea übergreifend) konnte die Sektion den Ursprung der Blutung nicht nachweisen; wahrscheinlich stammte sie aus einem von dem Carcinom arrodirten größeren Gefäß.

Der eine der mitgetheilten Fälle ist interessant genug, um ganz hier wiedergegeben zu werden.

Im Beginn einer Strumaresektion bei einer 17jährigen Pat. plötzliches Aufhören der Athmung. Tracheotomie, die sehr tief angelegt werden musste (»oben war die Struma, die bis hinter das Sternum hinabgereicht hatte, im Wege«). Vollendung der Operation. Um die Gefahr einer offenen Trachea für die Wunde quoad infectionem auszuschalten, wurde, da die Respiration dauernd gut war, die Trachea durch Katgutnähte geschlossen, was sich allerdings nur »unvollkommen bewerkstelligen ließ«. Die durchschnittenen Knorpelenden ließen sich nicht genau adaptiren, sondern »sprangen über das Niveau der übrigen Knorpelringe etwas vor«. Anheilung der vorderen Trachealwand an den Ansatz des Sternocleidomastoideus, um die Trachealwände von einander abzuziehen. Nach 4 Wochen starke Blutung aus der Trachea, Tamponade erfolglos, Tod.

Bei der Sektion fand sich eine am 6. Trachealring beginnende, $1\frac{1}{2}$ cm lange Tracheotomiewunde. Am unteren Winkel der Trachealöffnung anliegend die Arteria anonyma, welche durch den scharfen Rand des Knorpelrings usurirt war. Mitten in dieser Usur lag ein ca. 3 mm langer, feiner, quer verlaufender Riss, der die ganze Wandung des Gefäßes durchsetzte.

Der 6. der mitgetheilten Fälle zeigt, dass auch ein elastisches Schlundrohr (Pharyngotomie wegen Carcinoms bei einem 56jährigen Pat.), welches etwa 3 Wochen gelegen hatte, durch tiefgreifende Substanzverluste eine tödliche Blutung (in diesem Falle aus der atheromatösen Arteria subclavia dextra, die abnormerweise hinter dem Ösophagus verlief) hervorrufen kann. **Hübener** (Dresden).

37) **Damas** (Lyon). Thyroïdite et phlegmon du cou.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. November.)

Ein 22jähriger junger Mann erkrankte nach intensiver Durchkältung des ganzen Körpers mit heftigen Schluckbeschwerden, Fieber und starker Anschwellung des Halses neben der Luftröhre. Der objektive Befund ließ an tiefe Halsphlegmone denken. Dem entsprechend wurde längs des Sterno-cleido eine Incision gemacht, der Muskel auf die Seite gezogen, aber nichts gefunden als eine vergrößerte Schilddrüse. Naht ohne Drainage, Heilung p. p. Der Schmerz war sofort nach der Operation verschwunden. D. hält die Affektion für eine Thyroïditis, die par résolution geheilt ist. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

38) **A. Hachmann.** Zur Ätiologie der Strumitis. (Aus der Fakultätsklinik des Prof. A. A. Bobrow.)

(Chirurgia Bd. IV. p. 556. [Russisch.])

H. giebt die Krankengeschichte eines Falles von Typhus, unter welchem sich eine Strumitis entwickelt hatte. Aus dem entleerten dünnflüssigen Eiter konnten noch lange Typhusbacillen gezüchtet werden. Die Kranke genas.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. **Sonnabend, den 13. Mai.** **1899.**

(Aus der chirurgischen Klinik zu Upsala.)

Über die Möglichkeit, Thrombose in den Venen der unteren Extremitäten nach Operationen zu verhüten, nach denen längeres Still-Liegen nöthig ist.

Von
Prof. K. G. Lennander.

Es ist bald 10 Jahre her, als ich mit Thrombose variköser Venen am Unterschenkel eine betrübende Erfahrung machte. Eine ältere Frau war wegen einer oberflächlichen Eiterung vor einem Kniegelenk

operirt worden. Nach einigen Tagen sollte sie mit einem Verband nach Haus entlassen werden, um dann poliklinisch weiter behandelt zu werden. Sie bekam die Erlaubnis, aus dem Bett aufzustehen, um sich an einer an der anderen Seite des Saales befindlichen Waschstelle zu waschen. Das war das erste Mal, dass sie nach der Operation auf ihren Beinen stand. Sie hatte indessen kaum die Hälfte des Wegs zurückgelegt, als sie umfiel; nach einigen Minuten war sie todt. Wie man erwartete, zeigte die Sektion frische Thromben in den erweiterten Venen unterhalb des Kniegelenks und einen Embolus in der Arteria pulmonalis. Seitdem ist es bei uns Regel geworden, in allen den Fällen, in denen die Extremitäten erweiterte Venen unterhalb des Verbands aufweisen, einen leichten Kompressionsverband mit einer Flanellbinde distal vom Verband über ein Geschwür am Schenkel oder Knie anzulegen; außerdem wird das Bein auf einer einfachen schiefen Ebene hoch gelagert. Dieselbe Nachbehandlung (leichte elastische Kompression und erhöhte Lagerung auf einer einfachen schiefen Ebene oder am liebsten durch Erhöhung des Fußendes des Betts) wurde angewendet nach Trendelenburg's Unterbindung der Vena saphena magna, wie auch nach anderen Operationen wegen Varicen an den unteren Extremitäten. So erreicht man eine möglichste Einschränkung der Thrombenbildung. Besonders wünschenswerth ist es natürlich, dass der Thrombus proximal von der Ligatur der Vena saphena magna kurz wird (die Venae pudendae ext., die Venae epigastr. sup. etc. münden oft in die Vena saphena ein) oder wenigstens, dass er sich nicht in die Vena cruralis fortsetzt. Nach Trendelenburg's Unterbindung haben unsere Pat. vor 3 Wochen nicht aufstehen dürfen. Wir haben keine betrübenden Erfahrungen mit der Thrombenbildung nach Operationen wegen Varicen gemacht.

Es ist allen Chirurgen bekannt, wie nach den best gelungenen Laparotomien und selbst, obwohl seltener, nach Bruchoperationen, nach denen der Verlauf ganz oder nahezu fieberfrei sein konnte und die Wunde vollständig per primam intentionem heilte, eine Thrombenbildung in einer der oberflächlichen oder tiefen Venen der unteren Extremitäten, und zwar nicht selten im Hauptstamm der Vena cruralis, ja hinauf bis in die Vena iliaca externa in der 2., 3. Woche oder selbst noch später uns überraschen kann. Das ist durchaus keine gleichgültige Komplikation; denn, abgesehen von der Lebensgefahr, die durch einen Embolus in der Arteria pulmonalis oder durch einen größeren Lungeninfarkt entstehen kann, wird dadurch der Kranke 3—8 Wochen an das Bett gefesselt, und es kann vorkommen, dass der Operirte sich noch lange matt in demjenigen Bein fühlt, dessen Gefäße einmal thrombosirt waren, oder dass sich Abends eine geringe Geschwulst in demselben Bein bemerkbar macht. Thrombose in den Venen der unteren Extremitäten kann natürlicherweise nach allen Bauchoperationen vorkommen. Augenblicklich erinnere[1]

[1] Ich habe es nicht für nöthig gehalten, dieser kleinen Mittheilung wegen die Krankengeschichten durchzumustern.

ich mich, diese Komplikation in 5 Fällen nach Operationen wegen Appendicitis während des freien Intervalls gesehen zu haben, eine Erfahrung, die wohl damit in Zusammenhang steht, dass ich eine relativ große Anzahl solcher Appendicitisoperationen gemacht habe, nämlich mehr als 160. Die meisten Thrombosen sind bei Weibern vorgekommen, und es hat sich in den 5 Fällen nach Appendicitisoperationen 3mal getroffen, dass die Thrombose im linken Bein auftrat, also das Gegentheil von dem, was man in diesem Falle erwarten sollte. In erster Reihe denkt man natürlich stets an die Möglichkeit, dass der Verband auf die eine oder die andere Vena cruralis gedrückt haben kann. Aus Anlass eines Thrombosefalles, in dem ich glaubte, dass dies der Fall war, wurde indessen schon im Jahre 1891 eine solche Anordnung des Verbands getroffen, dass ein Druck auf die Venen des Schenkels nicht möglich ist. Später glaubte ich die Erfahrung gemacht zu haben, dass die Thrombose im linken Bein mit Koprostase in der Flexura sigmoidea im Zusammenhang stehe; aber auch eine sorgfältige Überwachung der Entleerung des Dickdarms hinderte die Entstehung von Thrombose auf der linken Seite nicht.

Ich habe mit mehreren Kollegen, sowohl in meiner Heimath wie auch im Ausland, gesprochen; alle waren darüber einig, dass es sich hier um eine allerdings ziemlich seltene, aber doch schwere Komplikation handle, zu deren Verhütung man kaum etwas thun könnte, wenn nicht die Beobachtung einer äußerst sorgfältigen Asepsis, da es am meisten annehmbar sein dürfte, dass ein infektiöses Moment in diesem Falle mitwirkt. Dass dieses nicht vom Operationsfeld auszugehen braucht, davon bin ich überzeugt. Es kommt, wie ich schon gesagt habe, vor, dass man nach einer Appendicitisoperation mit vollständig normalem Verlauf gegen Ende der 2. oder in der 3. Woche von einer Thrombose im linken Unterschenkel oder in der Vena cruralis sinistra überrascht wird. Woher sollte die Infektion in einem solchen Falle kommen? Natürlicherweise muss man an den Zustand im Darmkanal denken. Im Vorsommer 1897 hatte ich einen Kollegen wegen recidivirender Appendicitis operirt; er hatte mehrere Jahre lang an einer chronischen Colitis gelitten. Nach der Operation war Alles in Ordnung, bis sich am 11. Tage blutige Pseudomembranen in den Stuhlentleerungen zeigten. Gleich danach bekam der Pat. Zeichen einer Pleuritis auf der rechten Seite, und nach einigen weiteren Tagen war es klar, dass die linke Vena cruralis und wahrscheinlich auch die Vena iliaca thrombosirt waren. Pat. war dadurch genöthigt, ungefähr 5 Wochen länger im Bett zu bleiben. In diesem Falle kann man sich denken, dass eine Septhämie geringen Grades vom Darmkanal ausgegangen war mit sekundären Lokalisationen in der rechten Pleura und in den Venen des linken Beins. Während der ersten 10 Tage nach der Operation hatten die Abendtemperaturen, im Rectum gemessen, zwischen 37,5 und 37,7° C. gewechselt; danach stieg die Abendtemperatur einmal auf 38,3°, aber dann nie wieder bis zu 38°.

Auch wenn man lebhaft davon überzeugt ist, dass die Entstehung einer derartigen Thrombose, um die es sich hier handelt, irgend eine Form von Infektion voraussetzt, misslingt es doch oft, durch das Studium des einzelnen Falles diese Ansicht bekräftigt zu sehen, und weit schwieriger ist es meist, Klarheit darüber zu erlangen, was für eine Infektion vorliegt und von wo sie ausgeht. Der Umstand, dass der Thrombose fast stets eine Temperatursteigerung folgt, beweist nicht, dass eine Infektion vorliegt; denn im Zusammenhang mit einer Thrombose können solche Veränderungen im Blut innerhalb des thrombosirten Gefäßes und in distalen Gefäßbezirken wie in den um diese herum liegenden Geweben vor sich gehen, von denen aus mehr oder weniger giftige Eiweißstoffe zur Resorption gelangen und Veranlassung zu Temperatursteigerung und Pulsveränderung geben können.

Nach Ziegler[2] wird die Thrombenbildung im strömenden Blut zunächst durch 2 Momente verursacht: 1) verlangsamter Blutstrom und 2) lokale Veränderungen in den Gefäßwänden.

Bei Laparotomiepatienten findet sich manche Veranlassung zu einer Schwächung der Cirkulation und Verlangsamung des Blutstroms in den unteren Extremitäten. Schon vor der Operation haben manche von diesen Pat. eine schwache Herzthätigkeit in Folge der langwierigen Krankheit und besonders, weil manche von ihnen fast ausgehungert sind. In Folge der Narkose hat man stets eine mehr oder weniger bedeutende Fettentartung des Herzens zu befürchten. Nach der Operation liegen die Pat. gewöhnlich still auf dem Rücken. Dass hierdurch die Cirkulation in den Unterschenkeln besonders erschwert wird, ist klar. Diesem Missverhältnis kann man indessen zum Theil dadurch abhelfen, dass man schon wenige Stunden nach der Operation anfängt, den Pat. zu wenden und die Lage der Beine zu verändern. Das lässt sich indessen nicht nach allen Operationen ausführen. Wenn sich Varicen finden, besonders von den sackartigen Formen, so kann es zur Stagnation des Blutes in den seitlichen Ausbuchtungen kommen, die oft durch eine relativ enge Öffnung mit ihren Venen kommuniciren. Laparotomiepatienten werden nicht selten einen oder mehrere Tage nach der Operation durch einen mehr oder weniger bedeutenden Meteorismus beschwert. Jede vermehrte Ausdehnung der Därme steigert aber den intraabdominalen Druck und erschwert hierdurch den Abfluss des Blutes durch die Venae iliacae. Zugleich wird auch der negative Druck im Brustkorb vermindert, weil die Inspirationen weniger tief werden. Während der ersten 2—3 Tage nach einer Laparotomie können die Operirten gewöhnlich nur ganz unbedeutende Mengen von Speise und Trank zu sich nehmen.

Lokale Veränderungen in den Gefäßwänden, wie Endophlebitis, Fettentartung des Endothels, können theils primär lokaler

---

[2] Lehrbuch der allgemeinen Pathologie. 9. Aufl. (1898) Bd. I. p. 147.

Natur sein, theils sekundär in Folge einer Infektion, mag sie bekannten Ursprungs oder kryptogen sein, oder in Folge einer autotoxischen Blutveränderung. Primäre Gefäßveränderungen finden sich stets bei Pat. mit Varicen und noch mehr bei solchen Operirten, die in einem der letzten Jahre an Thrombose gelitten haben. Auch glaube ich, dass unter übrigens gleichen Verhältnissen kein Moment in höherem Grade zur Bildung von Thromben nach einer Bauch-operation prädisponirt, als eine seit relativ kurzer Zeit überstandene Thrombose in einer der größeren Venen der unteren Extremitäten.

Als ich die hierher gehörigen Krankengeschichten überdachte, habe ich mich daran erinnert, dass Thrombose selten nach äußerst schweren und komplicirten Laparotomien auftritt, und ich glaube eine mögliche Erklärung für dieses Verhalten darin gefunden zu haben, dass ich nach solch schweren Operationen schon lange die Gewohnheit gehabt habe, das Fußende des Betts ca. 25—45 cm erhöhen zu lassen. Ich habe das theils gethan, um durch die hohe Lage der Füße den Folgen einer akuten Anämie direkt entgegen zu arbeiten, theils um in den Fällen, in denen man mit dem Gedanken an eine möglicherweise eingetretene Infektion die Bauchhöhle mit Kochsalzlösung ausspülte und einen Theil der Spülflüssigkeit zurückließ, oder in denen man wegen eines anämischen Zustands vor der Bauchnaht $^1/_2$—1 Liter oder mehr Kochsalzlösung in der Bauchhöhle ließ, diese Flüssigkeit zu möglichst rascher Vertheilung in der Bauchhöhle, besonders über das Diaphragmagewölbe zu bringen und dadurch ihre Aufnahme in die Cirkulation zu beschleunigen. Indem ich diese Verhältnisse erwog, dass theils bei mehreren Pat., bei denen man alle Ursache gehabt hatte, eine Thrombose zu befürchten, bei denen aber aus dem einen oder dem anderen Grund das Fußende des Betts erhöht worden war, die Thrombose ausgeblieben war, und theils, dass ich am häufigsten Thrombose bei mehr oder weniger anämischen, nach langwieriger Krankheit erschöpften und in Folge dessen an Schwäche der Herzthätigkeit leidenden Frauenzimmern gesehen hatte — und indem ich mir schließlich die Bedeutung vergegenwärtigte, die erweiterte Venen für das Zustandekommen von Thrombose haben, so wie meine vorher angeführte Erfahrung darüber heranzog, gelangte ich zu der Auffassung, dass man durch mechanisches Erleichtern des Abflusses des venösen Blutes aus den unteren Extremitäten nach dem Herzen eines der ursächlichen Momente für die Thrombenbildung in den unteren Extremitäten beseitigen und dadurch wahrscheinlich in manchen Fällen deren Entstehung würde vorbeugen können. Im Juli 1897 vereinbarte ich desshalb mit meinen Assistenten folgende Nachbehandlung: Nach jeder Bauch- oder Bruchoperation wird das Fußende des Betts durch Unterlegen von Holzklötzen unter die Bettfüße um 10—50 cm erhöht. Bei gesunden oder verhältnismäßig gesunden Operirten wird es unbedeutend erhöht, mehr bei durch Krankheit er-

schöpften und anämischen Pat. oder bei solchen mit Varicen und am meisten — bis zu 50 cm — bei blutarmen, herzschwachen Pat. mit Varicen, oder wenn ein schwacher Pat. vorher an Thrombose in den unteren Extremitäten gelitten hat. Findet der Pat. die erhöhte Lagerung unbehaglich, so wird sie allmählich vermindert, doch nicht bis unter 10 bis 15 cm, und so bleibt sie während des ganzen Aufenthalts im Krankenhaus. Ist der Blutdruck niedrig, die Herzthätigkeit schwach oder unregelmäßig, so ist es in Bezug auf die Verhütung der Thrombenbildung in den unteren Extremitäten auch von Gewicht, den Blutdruck zu erhöhen und die Arbeitskraft des Herzens zu vermehren durch subkutane Infusion von Kochsalzlösung und durch eine im Übrigen zweckmäßige tonisirende und stimulirende Behandlung. Selbstverständlich muss man darauf achten, dass nicht ein Theil des Verbands die Vena cruralis oder die Vena saphena komprimirt. Klar ist auch, dass es nützlich sein muss, während der ersten Tage nach der Operation passive Bewegungen und leichte Frottirungen, besonders der Füße und Unterschenkel, in Anwendung zu bringen und den Kranken so bald als möglich seine Beine aktiv bewegen zu lassen, Alles unter der Voraussetzung, dass nicht bereits eine Venenthrombose eingetreten ist. In manchen Fällen (bei Varicen!) ist es zweckmäßig, die Beine auch mit weichen, elastischen Binden zu wickeln. Manche Pat. können den Harn nur lassen, wenn für diese Zeit das Fußende des Betts auf den Boden gesetzt wird.

Es war im Juli 1897, als ich anfing, nach allen Bauch- und Bruchoperationen das Fußende des Bettes zu erhöhen; seitdem ist nicht mehr als ein einziger Fall von Thrombose aufgetreten. Ein junger, wie es schien, kräftiger Student war wegen einer chronischen Appendicitis operirt worden. Der Verlauf war afebril, und es trat Heilung per primam ein. Nach ungefähr 2 Wochen begann indessen eine Thrombose im rechten Unterschenkel, die schließlich zur vollständigen Verstopfung der Vena cruralis führte. In diesem einzigen Falle, in dem Thrombose eintrat, war das Fußende des Betts nach der Operation nicht erhöht worden.

Nach meiner Ansicht ist es möglich, in manchen, ja in den meisten Fällen einer Thrombenbildung in den Venen der unteren Extremitäten dadurch vorzubeugen, dass man mittels Erhöhung des Fußendes des Bettes durch Unterlegen von Holzklötzen unter die Bettfüße den Abfluss des venösen Blutes aus den unteren Extremitäten nach dem Herzen zu erleichtert. Dass auch andere Momente bei der Nachbehandlung Bedeutung haben können, ist oben ausführlich betont. Eine Erhöhung des Fußendes des Betts dürfte auch zu empfehlen sein nach manchen Entbindungen, so wie bei gewissen »inneren Krankheiten«, in denen durch langes Bettliegen ein anämischer Zustand und eine im Übrigen veränderte Blutbeschaffenheit

sich zu entwickeln pflegt, und bei denen man nicht ganz selten Thrombosen in den Venen der unteren Extremitäten sieht. Ich denke besonders an Abdominaltyphus, langwierige Enterocolitis, Peritonitiden, die ohne Operation nach langwieriger Rekonvalescenz zur Heilung gelangen. Ein Vortheil besteht noch darin, dass anämische Pat. besser zu schlafen pflegen, wenn das Fußende des Betts erhöht ist.

Hat man eine beginnende Thrombose in einer der unteren Extremitäten diagnosticirt, so erachte ich es für besser, das Fußende des Bettes zu erhöhen, als nur das kranke Bein hoch zu lagern.

Nach dem, was Thierexperimente und mikroskopische Untersuchungen von Thromben beim Menschen gezeigt haben, ist es wahrscheinlich, dass Thrombose im strömenden Blut mit einer Ablagerung von Blutplättchen an der Gefäßwand beginnt, zwischen welchen stets weiße Blutkörperchen in größerer oder geringerer Zahl und unter gewissen Umständen auch rothe angetroffen werden. Mit dieser Ablagerung von Blutplättchen (Konglutination nach Eberth) kann sich ein Koagulationsprocess verbinden, indem Fibrinferment aus den erwähnten weißen Blutkörperchen frei wird, was Gerinnung des Blutes nach sich zieht, wenn der Blutstrom hinlänglich langsam ist. Aus weißen Blutkörperchen, die dabei in die Gerinnsel eingeschlossen werden, wird wahrscheinlich neues Fibrinferment freigemacht etc.

Durch Zusammenwirkung der Konglutination und der Koagulation kann ein Gefäßlumen sehr rasch mittels eines obturirenden Thrombus verstopft werden, indem sich ein Gerinnsel bildet, das den ganzen Querschnitt des Blutstroms in dem betroffenen Gefäß umfasst und an den Seiten mit der erwähnten Ablagerung von Blutplättchen zusammenschmilzt. Distal von einer Gefäßverstopfung durch einen Thrombus koagulirt das Blut bis zum nächsten größeren Venenast, wo der Strom wieder frei wird. Die Blutgerinnung geht auch proximal von der Gefäßverstopfung vor sich, falls der Blutstrom hinlänglich verlangsamt ist. Auf diese Art lässt sich erklären, wie es möglich ist, dass schon kurze Zeit, nachdem ein Pat. über eine unbehagliche Empfindung in einem Unterschenkel zu klagen begonnen hat, eine Thrombose zu finden sein kann, die sich vom Fuß aus über den ganzen Verlauf durch die Vena cruralis bis hinauf in die Vena iliaca ext. zu erstrecken vermag.

Im strömenden Blut wird indessen das Fibrinferment sehr rasch zerstört. Je rascher die Blutcirkulation ist, desto schneller wird das Fibrinferment in der Blutmasse vertheilt und desto rascher dürfte es zerstört werden. Will man die Ausbreitung eines Thrombus durch Blutgerinnung verhindern, so gilt es desshalb, mittels mechanischer Mittel der lokalen Stase entgegen zu wirken. Das beste Mittel dazu dürfte sein, das Fußende des Bettes recht bedeutend zu erhöhen, da dadurch der Abfluss des Blutes aus den

unteren Extremitäten wenigstens bis hinauf in die Vena cava inferior, oder, wenn man nicht Kissen unter die Schultern legt, bis zum rechten Herzvorhof erleichtet wird. Sobald das Blut in die Vena cava inferior gelangt ist, wird der Blutstrom nach dem Herzen zu bei jedem Athemzug durch die Aspiration vom Brustkorb aus beeinflusst. Legt man aber nur das kranke Bein oder vielleicht auch die ganzen unteren Extremitäten hoch, ohne das Fußende des Bettes zu erhöhen, so bildet das große Gefäßgebiet, das die obersten Theile der Vena saphena magna und der Vena cruralis, so wie der Vena iliaca ext. umfasst, den am tiefsten liegenden Theil der venösen Blutsäule vom Fuß bis zum Herzen. Der Blutstrom von Fuß bis zum Herzen wird natürlich unter diesen Verhältnissen viel langsamer, als wenn er, wie bei erhöhtem Fußende des Bettes, über eine gleichmäßig schiefe Ebene vom Fuß bis zum rechten Vorhof oder wenigstens bis in die Vena cava inf. fließen kann. Es ist also nothwendig, auch das Becken zu erhöhen.

Upsala, April 1899.

---

1) **Fütterer** (Chicago). Wie bald gelangen Bakterien, welche in die Portalvene eingedrungen sind, in den großen Kreislauf, und wann beginnt ihre Ausscheidung durch die Leber und die Nieren?

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 3.)

Die diesbezüglichen Experimente ließen F. zu folgenden Schlüssen gelangen: Mikroorganismen, welche mit dem Portalvenenblut zur Leber gelangen, passiren diese ohne Widerstand und überschwemmen in weniger als einer Minute den großen Kreislauf. Die Leber ist also im normalen Zustand für Mikroorganismen auf diesem Wege leicht durchgängig. Die Beantwortung der Frage bezüglich der Ausscheidung lautet, dass Bakterien, welche in die Portalvene eindringen, sofort in den großen Kreislauf gelangen, und dass ihre Ausscheidung durch die Leber und Gallengänge und durch die Nieren nach Ablauf weniger Minuten beginnt. In den ersten Minuten und Stunden nach einer Infektion werden ungeheure Mengen von Bakterien von Leber und Nieren, besonders von dem ersteren Organ ausgeschieden; nur wenn die inficirenden Massen zu groß sind und die Organfilter verstopfen oder beim Bestehen prädisponirender Verhältnisse, findet eine Lokalisation statt.

Gold (Bielitz).

---

2) **Schenk.** Zur tödlichen Nachwirkung des Chloroforms.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XIX. Hft. 2 und 3.)

Unter erschöpfender Berücksichtigung der einschlägigen kasuistischen Litteratur berichtet S. über einen hierher gehörigen, an der Klinik v. Rosthorn beobachteten Fall und schließt daran seine auf experimentellem Weg gesammelten Erfahrungen über die Wirkung des Chloroforms auf die parenchymatösen Organe.

Der beobachtete Fall betraf eine 40jährige Gastwirthin, bei der die Exstirpation des Uterus, einer Ovarialcyste und einer rechtsseitigen Pyosalpinx in 2½stündiger Narkose (Billroth's Mischung) vorgenommen worden war, und die 3 Tage nach dem Eingriff unter den Erscheinungen der zunehmenden Herzschwäche und einer schweren Nierenaffektion zu Grunde ging. Die Sektion ergab hochgradige Fettdegeneration im Herzen, der Leber und den Nieren. S. stellt nun die Frage auf, wodurch diese schweren Veränderungen, welche den Tod herbeiführten, zu Stande gekommen sind. S. macht das Chloroform für den verhängnisvollen Ausgang verantwortlich, wobei er prädisponirenden Momenten (Schwächung des Organismus durch vorausgegangenes Fieber, individuelle Widerstandskraft gegenüber der Chloroformeinwirkung) Rechnung trägt. Bezüglich des klinischen Bildes lässt sich nach S.'s Ansichten für die tödliche Nachwirkung des Chloroforms oder den protrahirten Chloroformtod kein einheitlicher Symptomenkomplex aufstellen. Einmal ist das Herz zumeist afficirt mit Kollapserscheinungen im Vordergrund, oder es kommt zur Bildung von Thrombosen und Embolien, oder es ist die Leber am stärksten mitgenommen, mit Ikterus oder akuter gelber Leberatrophie im Gefolge, oder wenn die Nieren besonders gelitten haben, kommt es zur Retention von Harnsubstanzen, es treten Erbrechen und die Erscheinungen der Urämie in den Vordergrund.

S. beobachtete einen Fall letzterer Art bei einer 38jährigen Frau, welche wegen einer Adnexgeschwulst in 1½stündiger Narkose (Billroth's Mischung) laparotomirt wurde und 4 Tage nach der Operation unter den Symptomen der Urämie starb. Die Obduktionsdiagnose lautete: chronischer Morbus Brigthii, Uraemia, Lipomatosis cordis destruens. Auch in diesem Falle schreibt S. dem Chloroform den tödlichen Ausgang zu mit der chronischen Nierenentzündung als prädisponirendem Moment.

S. berichtet nun über die auf experimentellem Weg erhobenen Thatsachen und Erfahrungen. Bei seinen Versuchen, zu denen er Affen und Hunde verwendete, suchte er festzustellen, in welcher Zeit nach der Narkose das Fett in den Organen auftrete und wann es wieder verschwindet und normale Verhältnisse eintreten. Er kam zu dem Resultat, dass das Fett, welches einige Stunden nach der Chloroformnarkose auftritt, mitunter nach Tagen, ja selbst nach Wochen nicht verschwunden ist, und dass auch nach Äthernarkose fettige Degeneration in der Leber auftritt, wenn auch in geringerem Grade als bei der Chloroformnarkose.

S. knüpft an seine Ausführungen die Mahnung, die Chloroformnarkose nur in den dringendsten Fällen in Anwendung zu ziehen und warnt vor der Gewohnheit auf gynäkologischen Kliniken, Frauen Behufs sicherer Diagnosenstellung einige Male in kurzen Zwischenräumen nach einander zu narkotisiren. Wenn bereits, wie seine Versuche lehrten, ein gewisser Grad von fettiger Degeneration nach der Narkose besteht und durch längere Zeit anhält, so ist es klar,

dass ein solches Organ unter einer neuerlichen Narkose mehr zu leiden hat als ein normales. Die Chloroformirung birgt schon für sich allein genug Gefahren, welche nicht wissentlich vermehrt werden sollen.

An der Klinik v. Rosthorn wird die Narkose Behufs Feststellung der Diagnose so viel als möglich vermieden, und dieses Princip möchte S. als gutes empfehlen. **Gold** (Bielitz).

3) **Gunby.** Gastric lavage after general anesthesia.

(Med. news 1899. Januar 21.)

G. empfiehlt, nach jeder Narkose eine Ausspülung des Magens vorzunehmen, um der nachfolgenden Übelkeit und dem Erbrechen vorzubeugen. Er hat seit fast einem Jahre nach jeder Operation diese Ausspülung vorgenommen. Der Erfolg war der, dass er fast nie mehr Erbrechen und nur noch selten geringe, rasch vorübergehende Übelkeit sah. Die Ausspülung wird vorgenommen während des Anlegens des Verbandes, so wie das Chloroform ausgesetzt wird, und der Kranke noch in halber Narkose ist. Die Durchspülung wird fortgeführt, bis das Wasser frei von schleimigen und galligen Beimengungen zurückkommt. **Strauch** (Braunschweig).

4) **Rushmore.** How to prevent the dangers and disagreeable symptoms of ether.

(Annals of surgery 1898. Oktober.)

Ein großer Theil der Übelstände, welche der Äthernarkose nachgesagt werden, beruht nicht auf dem Narkoticum selbst, sondern, abgesehen von Ungeschicklichkeiten des verabfolgenden Arztes oder mangelnder Widerstandsfähigkeit seitens der Operirten, auf der Art der Verabfolgung des Mittels. Verf. lässt seine Pat. narkotisiren, nachdem sie etwa 3 Stunden vorher etwas Kaffee zu sich genommen haben; sie erhalten regelmäßig — längstens 1, spätestens $^1/_2$ Stunde — vor Beginn eine Kombination von Morphium und Atropin subkutan, und es wird bei der Narkose nicht die Erstickungsmethode angewandt, sondern die sogenannte offene, bei welcher die Maske mit kleinen Dosen Äther allmählich begossen wird. Die Maske selbst soll den Zutritt frischer Luft und die Exspiration der verbrauchten gestatten (Allis's Inhaler). Zweckmäßig lässt man den Pat. zu Beginn an einem Ätherwattebausch oder dgl. riechen, um ihn an die Dämpfe zu gewöhnen. Morphium und Atropin bewirken, dass der sonst beobachtete lästige Speichelfluss wegfällt, und die allmähliche Zuführung des Narkoticums macht die Narkose ruhiger und vermindert die Gefahr der Erstickung. Bei diesen Kautelen sind Lungenerkrankungen im Gefolge der Narkose nicht zu fürchten, die Gefahren von Seiten der Nieren sind minimal. **Tietze** (Breslau).

5) **Dieckerhoff.** Beobachtungen über die Wirkung des Argentum colloidale Credé.

(Berliner thierärztl. Wochenschrift 1899. No. 12.)

In Folge der günstigen Erfolge, welche Verf. und praktische Thierärzte mit Anwendung des Argentum colloidale Credé bei der Blutfleckenkrankheit des Pferdes hatten, sieht er sich veranlasst, zu konstatiren, dass dasselbe ein sicheres Heilmittel gegen den Morbus maculosus ist, und glaubt annehmen zu können, dass es eine specifische Heilwirkung entfaltet bei den durch Streptokokken und Staphylokokken herbeigeführten Allgemeinleiden.

Die Anwendung erfolgt intravenös, in 1%iger Lösung, in Dosen von 0,4—0,8 (also das 5fache der für einen Menschen in Betracht kommenden Menge), eventuell bis zu 2,0 g am ersten Tage. Zweckmäßig wird das Argentum colloidale in Pulverform vorräthig gehalten, da es sich in Lösung im Licht zersetzt und keine Heilwirkung mehr hat.

Eine Schädigung der Vene durch wiederholte Injektionen erfolgt nicht.

Nicht beeinflusst wurde der Krankheitsverlauf bei der Skalma der Pferde, dagegen Heilung erzielt bei bösartigem Katarrhalfieber des Rindes; Versuche bei Milzbrand sind angezeigt.

Weitere Beobachtungen lassen es Verf. wahrscheinlich erscheinen, dass das in ausreichender Dosis dem Blut einverleibte Silberkolloid bei einem an occultem Rotz leidenden Pferd in kurzer Zeit das offenkundige Hervortreten der Seuche herbeiführt, was bei der großen veterinärpolizeilichen Tragweite dazu auffordert, diagnostische Versuche anzustellen.

Ein Bedenken steht dem nicht entgegen, da die Anwendung des Mittels keine Nachtheile bringt. **Sarfert** (Berlin).

---

6) **F. Karewski.** Die Behandlung der Gangrän bei Diabetes.

(Die Therapie der Gegenwart 1899. Hft. 3.)

Nachdem die Untersuchungen von Roser, König, Israël, Heidenhain u. A. dargethan haben, dass die eitrigen und brandigen Processe der Zuckerruhr durch dieselben Krankheitserreger erzeugt werden, wie bei Nichtdiabetikern, der Brand hier wie dort zurückzuführen ist auf Kreislaufstörungen, nur bei der Zuckerruhr eine »Vulnerabilität« der Gewebe die Entstehung und Ausdehnung eitriger Processe begünstigt, ist Einigkeit darüber erzielt worden, dass der diabetische Brand im Wesentlichen nicht anders zu beurtheilen sei, als der angiosklerotische. Die Arteriosklerose ist eine sehr häufige Komplikation des Diabetes. Die Zuckerausscheidung ist nur eine »unangenehme Beigabe«; indess, da sie die Ansiedlung von Eitererregern begünstigt, wird ihre Beseitigung und Verminderung unter allen Umständen erstrebt werden müssen.

*

Mit dem operativen Eingriff wird man im Allgemeinen warten, bis die Demarkationszone anzeigt, wo gesunde Theile beginnen. Schnell progrediente, phlegmonöse Processe erheischen natürlich sofortiges Vorgehen (Amputation).

Was die Bestimmung des »Orts der Wahl« anbetrifft, so fixirt K. seinen Standpunkt dahin, dass Ort und Zeit der Operation sich nach der Individualität des Falles richten müssen. Man soll dort amputiren, wo man absolut aseptisches und lebensfähiges Gewebe anzutreffen erwarten kann; je bösartiger der Process, um so höher.

Nach diesen Grundsätzen sind von K. in 13 Jahren 13 Fälle operirt worden (Amputation in der Mitte des Oberschenkels 5, in der Mitte des Unterschenkels 4, unter dem 3, am Oberarm 1); von ihnen endeten 3 tödlich, und zwar 2 im Koma; die übrigen Amputirten wurden geheilt. 2 der am Oberschenkel Amputirten, recht verzweifelte Fälle, werden näher besprochen. In dem einen Falle von allerschwerster Sepsis mit beginnendem diabetischen Koma wirkte die Operation lebensrettend; trotzdem Diabetes fortdauerte, war der Heilungsverlauf im Wesentlichen aseptisch. Der 2. Fall zeigt, dass auch die aseptische und mit gutem Erfolg ausgeführte Amputation, selbst wenn in ihrem Gefolge der Zuckergehalt des Urins herabgesetzt wird, nicht vor dem Koma schützt.

Wichtig für den Erfolg der Amputation ist die Methode zu Operiren. K. verwendet ausschließlich den Zirkelschnitt und vermeidet alle komplicirende Lappenbildungen. (Ref. hat im Altonaer Krankenhaus bei je einem Diabetiker die Amputationswunden nach Pirogoff und Gritti anstandslos heilen sehen; von diesen beiden lebt noch der erste; die Heilung hat bisher 3 Jahre angedauert.) Eine leichte Chloroformnarkose ist wohl als unbedenklich anzusehen, dagegen das Schleich'sche Verfahren zu verwerfen, da es durch Spannungsvermehrung die Gewebe in ihrer Lebensfähigkeit bedroht; auch die Anästhesie nach Oberst ist wegen der langen Dauer der Blutleere nicht empfehlenswerth. K. operirt fast immer unter Digitalkompression der Hauptgefäße. **Gross** (Strassburg i/E.).

---

7) **H. Tillmanns.** Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 6. vermehrte und verbesserte Auflage.

Leipzig, **Veit & Comp.,** 1899.

Das in 6. Auflage erschienene Buch, welches in den Kreisen der Studirenden seit je sich großer Beliebtheit erfreute, enthält die Ergebnisse der Chirurgie bis zum Anfang des Jahres 1898 in anerkennenswerther Vollständigkeit. Zwei Umstände tragen offenbar zu der großen Verbreitung des Lehrbuchs vornehmlich bei: die zahlreichen (467) Abbildungen, welche das Verständnis der knappen, aber doch erschöpfenden Darstellung ungemein fördern; sie sind zum großen Theil Originale, die eine beachtenswerthe Bereicherung der chirurgischen Kasuistik bilden. Ganz besonders aber bevorzugt es

der Student und der allgemeine Praxis treibende Arzt als Lern- und Nachschlagebuch, weil die T.'sche Chirurgie auch die ansehnlichen Nebengebiete der Chirurgie, die Nasen-, Kehlkopf-, Ohren-, Haut- und Blasenchirurgie so wie auch das Wichtigste aus der Gynäkologie ausführlich, ja mit einer gewissen Liebe behandelt. Es ist gewiss kein Nachtheil für diese Specialitäten, wenn sie nach allgemein chirurgischen Gesichtspunkten behandelt werden. So ist es interessant, dass T., der viel Kindermaterial hat, im Gegensatz zu den Specialisten für die Entfernung der adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum die Narkose am aufrechten oder am hängenden Kopf empfiehlt.

Dem vortrefflichen Gesammteindruck kann es nicht Eintrag thun, wenn Ref. hier einige beim Lesen beanstandete Punkte hervorhebt. Ist die Amputation einer hypertrophischen Uvula uneingeschränkt zu empfehlen, insbesondere ohne Hinweis auf die üblen Zustände, die durch schlechte Heilung in Folge Retraktion der Mucosa über den Muskelstumpf dem Pat. gelegentlich erwachsen? — T. lehrt die Punktion der Bauchhöhle »in der unteren seitlichen Bauchgegend, in einer Linie, welche man sich von der Spina ant. sup. des Beckens senkrecht zum Rippenbogen gezogen denkt«. Dieser Satz dürfte nicht die allgemeine Zustimmung haben. —

Dass beim Erhängen »der Tod durch Zerreißung der Halswirbelsäule und des Rückenmarks und durch Luxation der Halswirbel verursacht wird, ist im Allgemeinen nicht zutreffend. Endlich vermisst Ref. bei Besprechung der Diphtheriebehandlung die Erwähnung der Heilserumgegner und ihrer Einwände gegen diese Therapie und ihre Erfolge. Aber das sind unwesentliche Punkte gegenüber der klaren und umfassenden Darstellung im Allgemeinen. Diese giebt bei jedem Gegenstand eine historische Entwicklung so wie eine erschöpfende Beschreibung der pathologisch-anatomischen Substrate. Die wichtigsten Geschwülste sind durch beschreibende und abbildende Darstellung makroskopisch wie mikroskopisch überaus eingehend geschildert. Die moderne Visceralchirurgie findet eine so klare und eingehende Besprechung, dass auch die älteren Ärzte, welche diese Methoden am Operationstisch oder an der Leiche nicht kennen zu lernen Gelegenheit hatten (Gallenblase, Magen-Darmkanal, Herniotomie), sich ohne Weiteres beim Lesen dieser Kapitel eine klare Vorstellung werden machen können. **P. Stolper** (Breslau).

---

8) **G. Joessel.** Lehrbuch der topographisch-chirurgischen Anatomie, fortgesetzt von Waldeyer (Berlin). »Das Becken«.

Bonn, **C. Cohen,** 1899. 673 S., ca. 125 Abb.

Alle Freunde des J.'schen Lehrbuchs werden es mit unverhohlener Freude begrüßen, dass endlich die weitere Herausgabe des Werkes gesichert und sein zweiter Theil vollständig geworden ist mit dem Erscheinen des III. Abschnitts »das Becken«. Umfang-

reicher und sorgfältiger Arbeit hat es bedurft, bis das vorliegende Werk in seiner gediegenen Form vollendet werden konnte. Galt es doch in mehr als einer Hinsicht, noch wenig Bearbeitetes erst völlig klarzustellen und nachzuprüfen — so z. B. die Fascien der Beckeneingeweide, mancherlei Maß- und Lagebestimmungen. Die ausgedehnten eigenen Arbeiten des Verf. und seines Instituts erklären die völlig andere Gestalt, welche der III. Abschnitt des II. (Joessel-)Bandes im Vergleich zu den bisherigen gewonnen hat: die Liebe des Forschers und Lehrers zu seinem jederzeit bevorzugten Thema wollte auch nicht das geringste vorenthalten, was über den so organreichen, durch seine Geschlechtsunterschiede besonders wechselvollen, seine vielfältigen Funktionen so wichtigen Körperabschnitt zu wissen werth erscheint. Verf. selbst bekennt in seiner Vorrede, dass er in Folge dessen des Werkes bisherigen Charakter nicht völlig zu wahren vermochte. So sind, bei wesentlicher Ausführlichkeit der beschreibenden Anatomie, physiologische Bemerkungen und selbst entwicklungsgeschichtliche Abhandlungen hinzugekommen. Auch auf Kontroversen ist Rücksicht genommen, und viele Litteraturangaben beigefügt. Wem jedoch der entwicklungsgeschichtliche Anhang nicht in den Rahmen des Werkes passen sollte, den würde die klare, schlichte Darstellung dieser zum Verständnis der Beckentopographie so wichtigen Vorgänge vollauf versöhnen. Überhaupt hat der erfahrene und gewandte Lehrer die aus der langathmigen anatomischen Nomenklatur entstehende Schwierigkeit der Sprache wohlthuend bemeistert, und es ist ein Genuss, sich an der Hand zahlreicher, größtentheils neuer und genauer Abbildungen die feinsten Verhältnisse der Beckenanatomie aufzufrischen und für die in Betracht kommenden Eingriffe greifbar zurechtzulegen. Hervorgehoben seien zahlreiche Beckenhorizontal- und -frontalschnitte zur Erläuterung der Fascien, die Dammansichten Figg. 126—128 und 147, die topographischen Seitenansichten der Beckeneingeweide Figg. 121 und 153. Sehr instruktiv für die Lagebeziehungen zwischen Harnleiter und Art. uterina sind die Figg. 154, 157 und 158; es ist denselben überhaupt besondere Sorgfalt gewidmet.

In seiner Vielseitigkeit ist der vorliegende Theil des J.'schen Lehrbuchs dem Chirurgen, dem Frauenarzt, dem Orthopäden ein werthvoller Rathgeber und eine würdige Bereicherung unserer anatomisch wissenschaftlichen Litteratur. **Christel** (Metz).

---

9) **Leichtenstern.** Über Harnblasengeschwülste und Harnblasenentzündung bei Arbeitern in Farbfabriken. (Aus dem Bürgerhospital in Köln).

(Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 45.)

L. kann die Beobachtungen Rehn's, betreffend das Vorkommen von Harnblasengeschwülsten bei Arbeitern in Farbfabriken nach jahrelang vorausgegangener Strangurie und Hämaturie bestätigen.

L. hat nun besonders festzustellen versucht, welchen Stoffen die eigenthümliche Wirkung in erster Linie zuzuschreiben ist.

Grandhomme beobachtete die Erscheinungen bei Anilinvergiftung, Stark bei Toluidinvergiftung, Rehn dann auch bei Fuchsinarbeitern. Mit seiner Beobachtung von Geschwülsten speciell bei Fuchsinarbeitern stand Rehn bisher vereinsamt da, bis L. jetzt gleichfalls 2 solche Beobachtungen machte.

Sämmtliche bisherigen Erfahrungen ergaben, dass die Krankheitserscheinungen vorkommen bei Arbeitern, die 1. in den Induktionsräumen mit der Überführung der Nitroprodukte in Amidoprodukte beschäftigt oder die 2. in der Fuchsinschmelze thätig waren, wo die Amidoprodukte zur Verdampfung gelangen.

Besonders Anilin und Toluidin mussten reizend wirken.

Von den beiden von L. beobachteten Fällen von Harnblasengeschwülsten betrifft der eine einen 31jährigen Toluidinarbeiter, bei welchem auf der Basis einer schweren Cystitis eine harte, schmerzhafte Geschwulst sich links von der Symphyse bildete, um später allmählich wieder zu verschwinden. L. deutet die Geschwulst desshalb als eine entzündliche, eine Art akuter produktiver Cystitis submucosa. Der 2. Fall betrifft einen 51jährigen Naphthalinarbeiter, bei dem Bardenheuer die in ein Konvolut von Geschwülsten umgewandelte Harnblase entfernte. Pat. starb. Bei der Sektion wurden die Nieren vollständig normal gefunden. Die Geschwulst erwies sich als Alveolarsarkom.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.)

---

10) **Redi.** La resezione dei deferenti nei prostatici.

(Clinica chirurgica 1898. No. 12. Ref. nach Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 10.)

Prostatiker leiden leichter an Hodenentzündungen als Andere. Gerade in diesen Fällen ist die Resektion der Vasa deferentia geboten, deren Wirksamkeit sonst nicht genügend erwiesen ist.

Dreyer (Köln).

---

11) **M. Weinberger.** Über perineale Hodenverlagerung.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 2.)

W. hat bei einem 36jährigen Pat., der aus anderen Gründen in das Krankenhaus aufgenommen worden war, eine perineale Verlagerung des linken Hodens 1 cm links von der Rhaphe perinei vorgefunden; dieselbe war begleitet von einer Verkümmerung des gleichseitigen Prostatalappens; die leere Hodensackhälfte war atrophisch, der Hodensack selbst von normaler Konsistenz und Größe. W. konnte im Ganzen 73 Fälle dieser Anomalie aus der Litteratur zusammenstellen, auf deren Grund er eingehend die klinischen Erscheinungen des Perinealhodens bespricht.

Die mit der perinealen Hodenverlagerung verbundenen Komplikationen können bestehen in Hernien, chronischer und akuter Hydrocele, Atrophie, welche aber eben so wie bösartige Neubildungen im

Gegensatz zu ihrem Vorkommen bei dem retinirten Hoden, hier sehr selten sind. Die Diagnose macht gewöhnlich keine Schwierigkeiten; für die Therapie, wenn eine solche durch Beschwerden, die aber meist fehlen, überhaupt geboten erscheint, kommt rationellerweise nur die operative Verlagerung des Hodens in den leeren Hodensack in Frage. Bezüglich der Ätiologie des fehlerhaften Descensus kann sich W. bei dem Fehlen genauer anatomischer Untersuchungen keine Ansicht bilden. Für primäre Veränderungen des Dammes, wie für eine Rolle des Gubernaculums fehlen die Anhaltspunkte.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

12) **M. X. Delore.** Über die Orchidotomie. Probeincision des Testikels mit partieller Abtragung bei Tuberkulose des Hodens.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 1.)

D. empfiehlt bei Hodentuberkulose die von Poncet zuerst vorgeschlagene systematische Kombination einer Probeincision des Hodens mit nachfolgender Exstirpation der erkrankten Theile. Erweist sich nach der Probeincision des Hodens, der Orchidotomie, dieser gesund, soll die Wunde durch Katgutnähte geschlossen werden — bei partieller Erkrankung soll die Resektion des Hodens, die Entfernung nur der erkrankten Partien ausgeführt, bei totaler Orchidektomie wenigstens das Corpus Highmori erhalten und die Albuginea über ihm vernäht werden; bei gesundem Hoden soll nach erfolgter Probeincision des Hodens der erkrankte Nebenhoden entweder resecirt oder mit Vas deferens exstirpirt werden je nach der Ausdehnung der Erkrankung. Eine besonders dringliche Indikation für das höchst konservative Vorgehen sieht D. bei doppelseitiger Hodentuberkulose. Zwei beigegebene Krankengeschichten konservativ operirter Pat. sollen die Principien D.'s illustriren. Bezüglich der Dauerheilung beweisen sie nichts, da die Pat. nicht genügend lange beobachtet worden sind.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

13) **Pantaloni** (Marseille). Trois cas d'émasculation totale pour cancer de la verge.

(Arch. prov. de chir. 1898. T. VII. No. 10.)

Unter totaler Emaskulation versteht P. die Absetzung der ganzen Pars pendula einschließlich der Hoden, des Hodensacks und der Ausräumung der Leistendrüsen beiderseits. Sie ist nach ihm zum ersten Mal von Annandale (Edinburg) 1873 ausgeführt, nicht von Paci, der sie erst 1877 machte. Von den 22 Fällen, die Verf. zusammenstellt, sind 3 eigene Beobachtungen. Bezüglich der operativen Technik sei nur hervorgehoben, dass P. es für wünschenswerth und für durchführbar hält, ohne jede Gefäßunterbindung auszukommen. Seine eigene Erfahrung lehre, eben so wie die Kastration der Eunuchen, dass es ohne erhebliche Blutung abgehe. Er fasst die

Gefäße und torquirt sie vor Anlegung der Wundnaht, die schließlich an ihrem Theile noch mitwirken muss. P. legt den ersten Schnitt im Bogen von einer Spina ilei anterior über die Symphyse zur anderen und umschneidet von dieser aus ovalär Peniswurzel und Hodensack. Die Indikation ist gegeben, sobald das Corpus cavernosum vom Carcinom ergriffen ist. Die Entfernung der Hoden sei nöthig, weil sonst Hypochondrie auftrete, die bei den völlig entmannten Eunuchen nicht gefunden werde. Diese Thatsache, so wie der Schutz gegen Recidive durch die Leistenausräumung wird indess durch die angeführten Fälle keineswegs erwiesen, da sie alle noch zu kurze Zeit beobachtet sind.

P. Stolper (Breslau).

---

14) **E. Fränkel** (Breslau). Die allgemeine Therapie der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1899. 153 S. Mit 82 Figuren.

Die vorliegende Abhandlung ist uns als Sonder-Abdruck aus dem Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik von Eulenburg und Samuel zugegangen. Sie enthält in kurzer übersichtlicher Darstellung die wesentlichsten Maßnahmen und Eingriffe, welche die kleine Gynäkologie erfordert. Eine Reihe vorzüglicher Abbildungen tragen zum Verständnis wesentlich bei. Größere operative Eingriffe sind naturgemäß nicht mit abgehandelt. Dagegen finden wir die verschiedenen Arten der lokalen Behandlung von Uterus- und Scheidenschleimhaut, darunter auch die neuerdings viel genannte Vaporisation, eingehend erörtert. F. ist Eklektiker; er erwähnt alle, auch die älteren Methoden, warnt aber vor den Gefahren, die manche in sich bergen und schränkt deren Indikationen entsprechend ein. Auch die Vaporisation wird als ein solcher bisweilen recht folgenschwerer Eingriff dargestellt, da Fälle von totaler Obliteration des Uterus und Stenosirung der Cervix beobachtet sind; ihre Indikationsbreite muss danach eingeschränkt werden. Der jüngste aus der Treub'schen Klinik bekannt gewordene Todesfall nach der Vaporisation giebt diesem Standpunkt F.'s nur zu sehr Recht.

Auch die Apostoli'sche elektrische Intra-uterin-Behandlung wird von F. eingehend gewürdigt. Sie eignet sich nach F. aber nur für unkomplicirte Fälle und ist eine rein palliative, sich auf die Behandlung der Symptome, vor Allem der Blutung, beschränkende. F. will sie vor Allem bei Myomen, excentrischer Atrophia uteri mit Amenorrhoe und Dysmenorrhoea membranacea augewendet wissen.

Eine vorzügliche Darstellung erfährt die örtliche Behandlung von Scheide und Cervix uteri mit Spülungen, Bädern, Ätzmitteln, Tamponade, Ignipunktur und Blutentziehungen. Auch die gynäkologische Massage, die Balneo- und Hydrotherapie, so wie die interne Behandlung mancher Frauenleiden kommen zu ihrem Recht.

Die Schrift kann jedem Studirenden und praktischen Arzt als zuverlässiger Rathgeber empfohlen werden. **Jaffé** (Hamburg).

---

15) **H. Croom.** On surgical interference in gynaecology.

(Edinb. med. journ. 1898. December.)

In einer von ihm als Präsident der Obstetrical Society gehaltenen Ansprache verbreitet sich C. über seine Anschauungen Betreffs der Resultate vaginaler Totalexstirpationen bei Uteruskrebs. Diese Anschauungen weichen von den zur Zeit hier geltenden so erheblich ab, dass sie wohl berechtigtes Staunen erregen werden. Vortr. giebt an, dass er, da er im Lauf der Jahre mehr als 1000 Laparotomien gemacht habe, nicht als messerscheuer Gynäkologe angesehen werden könne. Ferner giebt er zu, dass die Technik der vaginalen Totalexstirpation jetzt so weit vorgeschritten sei, dass sie als eine vollendete bezeichnet werden müsse. Trotzdem kommt er durch seine mehr als 30jährige Erfahrung zu dem Schluss, »dass die chirurgische Methode der Behandlung von Uteruscarcinomen wenig geleistet hat, um das Leiden zu verringern oder das Leben zu verlängern, und dass nach Feststellung eines Uteruscarcinoms eine palliative örtliche Therapie und eine durch Morphium herbeigeführte Euthanasie die vorhandenen Schwierigkeiten am besten lösen«.

C. hat von 260 Fällen von Uteruscarcinom nur 14 als operable betrachtet. Obgleich diese 14 Operirten alle ohne Zwischenfall genasen, starben sie doch sämmtlich an Recidiv innerhalb eines Jahres und unter so quälenden Umständen, wie sie bei nicht operirten Pat. nicht vorzukommen pflegen. Gegenüber den anders lautenden Erfahrungen der deutschen Statistik meint C., der Krebs müsse in Deutschland anders geartet sein als in Großbritannien, oder die deutschen Operateure müssten in der glücklichen Lage sein, früher zu diagnosticiren und zu operiren, als die englischen. Er lässt durchblicken, dass die Diagnosen wohl manchmal nicht sicher gestellt seien und meint, dass bei genauem Studium die erwähnten Statistiken mindestens etwas zweideutig (somewhat ambiguous) seien. Aber selbst wenn eine Frau nach der Totalexstirpation noch 2 Jahre ohne Rückfall lebt, hält er es nicht für erwiesen, dass sie länger lebt oder glücklicher stirbt, als wenn der Uterus nicht entfernt worden wäre. **Willemer** (Ludwigslust).

---

16) **Credé.** Die Prophylaxe der Sepsis bei Laparotomien und bei Eingriffen am Uterus.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. p. 583—590.)

Verf. beschreibt in der vorliegenden Mittheilung die Anwendungsweise seiner Silberantisepsis bei großen Höhlenwunden, im Besonderen bei Operationen in der Bauchhöhle und am Uterus. Um das hierzu verwendete colloidale Silber möglichst rasch in Lösung gelangen zu lassen, wird es mit Milchzucker und einer Spur Glycerin

zu Pillen verarbeitet, die je 0,05 g Argent. colloidale enthalten. Von diesen Pillen werden bei Laparotomien, bei denen sich eine Berührung des Bauchfells mit Darminhalt oder Eiter nicht vermeiden ließ, einige vor Schluss der Wunde in die Bauchhöhle eingeführt. Sie sollen sich daselbst in der nach Laparotomien in der Regel vorhandenen geringen Menge seröser Flüssigkeit lösen und in Berührung mit allfällig vorhandenen pathogenen Kokken antiseptisch wirkendes milchsaures Silber bilden. Bei 16 in dieser Weise behandelten Laparotomien sah Verf. nicht nur einen auffallend reaktionslosen Verlauf, sondern auch das vollständige Fehlen des sog. aseptischen Fiebers. Bei eitrigen Processen im Zusammenhang mit Cholecystitis und Perityphlitis bemerkte Verf. einen auffallend raschen Übergang von eitriger zu schleimig-seröser Absonderung. Sollte diese Anwendungsweise des Silbers eine schwerere Sepsis nicht verhindern können, so empfiehlt C. die Applikation seiner Silbersalbe oder die intravenöse Zuführung von colloidalem Silber.

Bei Eingriffen in der Uterushöhle soll die Einführung der beschriebenen Pillen eine reizlose, tagelang wirkende Desinfektion des Uterus erzielen. Damit die Pillen nicht gleich aus der Gebärmutter herausgeschwemmt werden, müssen sie, 1—3 Stück, in einen Gazestreifen eingeschlagen, eingeführt werden.

Auch bei größeren Knochenhöhlen, bei komplicirten Frakturen, Gelenkhöhlen, osteomyelitischen Herden etc. empfiehlt C. die Anwendung dieser Pillen, sei es direkt, sei es in Gaze eingehüllt, und will von derselben stets eine baldige Überführung des Wundsekrets in ein schleimig-seröses oder rein seröses beobachtet haben.

Zum Schluss beschreibt C. noch die Herstellung seines Silberkatgut, so wie der Silberseide. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

17) **Dührssen.** Die Einschränkung des Bauchschnitts durch die vaginale Laparotomie (Kolpocoeliotomia anterior).

(Therapie der Gegenwart 1899. Hft. 2.)

Die Eröffnung der Bauchhöhle vom vorderen Scheidengewölbe aus soll im Stande sein, in 70% aller Fälle die ventrale Laparotomie zu umgehen. Sie bietet den Vorzug der größeren Gefahrlosigkeit und der kürzeren Behandlungsdauer; die Operirten können das Bett nach 8—12 Tagen verlassen. Die Mortalität betrug bisher (bei 503 Fällen) nur 3%.

D. wendet die vordere Köliotomie sehr häufig an, und zwar bei Erkrankungen der Tuben, der Ovarien und des Uterus. Selbst an der hinteren Wand gelegene Myome ließen sich so, nach Durchquerung des Cavum uteri, entfernen. Als beweisend für die Leistungsfähigkeit der Methode werden 2 Beobachtungen angeführt, bei denen der mit den rechten Adnexen verwachsene Processus vermiformis mit fortgenommen werden konnte. Besonders empfiehlt Verf. die

vaginale Laparotomie für die Vaginofixatio uteri reflexi, von der er sehr gute Erfolge gesehen hat.

Nach einem Vortrag in der »Berliner med. Gesellschaft« (Münchener med. Wochenschrift 1899 Hft. 2, Originalbericht) hat D. von der Scheide aus sogar 2mal den Kaiserschnitt ausgeführt. (Ref.)

Gross (Altona).

---

18) **A. Martin.** Entwicklung der Ovariotomie etc.

(Therapeutische Monatshefte 1898. September.)

In der British gynecological society in London hielt M. eine Rede, in welcher er die Entwicklung der Ovariotomie in den letzten 20 Jahren besprach. Für die Exstirpation kleiner, im Douglas liegender oder doch dahin zu drängender, noch etwas beweglicher Ovarialgeschwülste empfiehlt er dringend die vaginale Operationsmethode, und zwar die Colpotomia anterior. Von 131 Fällen vaginaler Ovariotomie hat M. 2 verloren. **Willemer** (Ludwigslust).

Kleinere Mittheilungen.

Zur Tamponade der Urethra[1].

Von

Dr. **S. Kofmann** in Odessa.

Am 25. April v. J. um 5 Uhr Abends kam zu mir der Kaufmannsohn August G. Der sonst kräftige, blühende, 19 Jahre alte junge Mann sah blass aus, seine Züge waren ganz verfallen, und er konnte mir kaum sagen, dass ihm aus der Urethralöffnung seit mehr als einer Stunde Blut in starkem Strahl ohne Aufhören ströme.

Ich legte den Pat. auf das Sopha und nachdem ich mich von der Richtigkeit der Angabe überzeugt hatte, fragte ich nach Gonorrhoe, deren Vorhandensein der Kranke sofort zugab. Das Blut spritzte inzwischen in bleistiftdickem Strahl wie aus einer quer durchschnittenen Arterie stoßweise fort; Anfangs unschlüssig, was vorzunehmen, entschied ich mich, da es aller Wahrscheinlichkeit nach sich um ein erodirtes Gefäß handelte, chirurgisch zu verfahren, also, da die Ursprungsstelle der Blutung mir weder sichtbar noch zugänglich war, die Urethra zu tamponiren. Ich nahm einen in Sol. alumin. acet. eingetauchten Gazestreifen, führte ihn mittels langer Knopfsonde so weit es nur möglich war in die Urethra ein und stopfte dieselbe mit der Gaze fest aus. Danach legte ich einen Druckverband um den Penis und empfahl dem Pat. Bettruhe und rieth ihm, die Harnentleerung möglichst lange zu unterdrücken, verordnete ihm Opium und verbot ihm zu trinken.

Am folgenden Tage erschien der Pat. wieder bei mir; er sah besser, aber immer noch sehr angegriffen aus; der Verband lag noch fest. Als ich diesen abnahm und den stark von Blut durchtränkten Tampon entfernte, erfolgte eine ziemliche Blutung. Pat., von mir aufgefordert, Wasser zu lassen, konnte nicht einen Tropfen entleeren. Ich verfuhr wie früher, tamponirte die Urethra, legte einen Verband an, traf dieselbe Verordnung wie am Vorabend und bestellte den Pat. zum nächsten Tage wieder. Dieser leistete aber meiner Aufforderung keine Folge; erst nach etwa $1^1/_2$ Monaten bekam ich ihn wieder zu sprechen und konnte bei dieser Gelegenheit die anamnestischen Daten aufnehmen.

---

[1] Vorgetragen in der Gesellschaft der Ärzte in Odessa am 14. Januar 1899.

Pat acquirirte etwa vor 4 Jahren einen Tripper, an dem er über ein Jahr litt; danach hatte er einen weichen Schanker, dann abwechselnd wieder einen Tripper und einen Schanker und etwa vor einem Jahre zum 3. Male Tripper; dieser war besonders hartnäckig und wich trotz ärztlicher Behandlung nicht. Der Ausfluss war dieses Mal sehr reichlich, und dabei litt Pat. unter starken Schmerzen, besonders beim Uriniren.

Trotz der Krankheit kohabitirte der Pat. mehrmals. Nachdem er während einer Kohabitation einen starken Schmerz empfunden, bemerkte er bald seine Wäsche ganz von Blut durchnässt und sah, dass ihm aus der Harnröhre Blut tropfte. Seitdem wiederholte sich die Blutung oft, besonders nach Excessen in Baccho; die Blutung kam dann immer beim Uriniren, derartig, dass zuerst klarer Harn abging und dann Blut bald tropfenweise, bald im Strahl ausfloss; stets war dieses Blut hell. Durch Zusammendrücken des Gliedes gelang es dem Pat. immer nach einer gewissen Zeit, die Blutung zum Stehen zu bringen; danach verspürte er wohl ein Juckgefühl und zog dann aus der Harnröhre ein Blutgerinnsel, das den völligen Abguss der Röhre darstellte; sofort aber folgte wieder eine Blutung. Am Tage, als Pat. sich an mich gewandt hatte, war er mit seinen Kameraden ins Theehaus gegangen und hatte dort außer einigen Glas Thee eine ziemliche Portion Branntwein eingenommen; beim Uriniren erfolgte nun die Blutung, die dies Mal nicht zu stillen war und die Konsultation bei mir veranlasste.

Am Tage nach der 2. Tamponade hatte Pat. den Verband und den Tampon selbst entfernt; diesem waren ein etwa 2—3 cm großer, dicker Blutklumpen und einige Tropfen flüssigen Blutes gefolgt. Seitdem blutete es nicht mehr, auch war der Tripperausfluss seit dieser Zeit ganz verschwunden. Der Pat. fühlte sich indess so schwach, dass er 2 Wochen das Bett zu hüten genöthigt war.

Diese anamnestischen Angaben trugen zur Bestätigung der mit großer Wahrscheinlichkeit gestellten Diagnose über die Ursprungsstelle der Blutung bei. Von vorn herein, schon beim bloßen Ansehen des Blutstromes, war es mir klar, dass die Blutung von irgend wo peripher vom Sphincter vesicae herstamme. Die Blutausscheidung aus der Blasenhöhle endet mit dem Schluss des Urinirungsaktes; jede Blutexpression aus der Blase muss mit Tenesmus verbunden sein, das Blut nicht hell, sondern dunkel und nicht flüssig, sondern geronnen, auch nicht in gleichmäßigem Strahl, sondern mehr stoßweise gemäß der Blasensphinkterkonstriktion entleert werden. Die Angabe des Pat., dass die Blutung immer nach dem Uriniren ganz klaren Harnes eintrat, bewies zur Genüge, dass diese aus der Harnröhre herstamme. Auch die Thatsache der Entstehung der Blutung während einer Kohabitation ist leicht erklärlich; wahrscheinlich hatte die Tripperaffektion tief in der Schleimhaut der Harnöhre ein Gefäß geschädigt, das bei der strotzenden Füllung während der Erektion zerrissen war. Die jedesmalige Wiederholung der Blutung nach Excessen kann nur für diese Erklärung sprechen.

Da die Blutung so profus war, so hieß es handeln; darum begnügte ich mich mit der Diagnose Urethralblutung und unterließ jede genauere Bestimmung ihres Ausgangsortes. Denn der besorgniserregende Zustand des Kranken, die starke Blutung, die aussah, als habe man eine zerrissene Arterie vor sich, gestattete keinen Zeitverlust. Die in ähnlichen Fällen üblichen Mittel schienen mir hier entweder ganz unanwendbar oder zu langsam wirkend; die Anwendung blutstillender oder kaustisch wirkender Injektionsmittel war hier, wo der Blutstrom so stark war, nicht am Platz, innere Mittel in ihrer Wirkung zu unsicher; darum entschied ich mich, chirurgisch zu handeln, d. h. da die Ligirung des blutenden Gefäßes wegen Unzugänglichkeit nicht möglich war, die Tamponade in Anwendung zu bringen. Ich führte, wie geschildert, mit der langen Knopfsonde einen dünnen, in Solut. alum. acet. getauchten Gazestreifen in die Harnröhre ein und hatte den gewünschten Erfolg. Die Blutung sistirte, um nach der 2. Tamponade ganz aufzuhören.

Was mich veranlasst, diesen Fall mitzutheilen, ist nicht die Blutung aus der Harnröhre, sondern die Art, wie dieselbe zum Stillstand gebracht wurde. In der mir zugänglichen Litteratur habe ich fast nichts über diese Blutung und ihre Be-

handlung auffinden können, weder in den speciell urologischen, noch in den chirurgischen Werken; nur vorübergehend streifen einige Autoren das Ereignis. Blutung aus der Urethra und besonders als Komplikation der Gonorrhoe ist etwas Allbekanntes; aber die Autoren begnügen sich mit der Erwähnung der Thatsache. Bei Dittel finden wir Einiges über die Blutungen anlässlich der Verletzungen der Harnröhre bei inneren Uretrotomien; er unterscheidet zwischen den Verletzungen der Harnröhre in den kavernösen und den bulbären Abschnitten einer- und den in membranösen und prostatischen Theilen andererseits: »Vor der Lamina media tritt die Blutung durch die Harnröhrenmündung zu Tage. . . . . Anders verhält sich die Blutung an einer Stelle hinter der Lamina media: das Blut sickert in die Blase zurück, der Kranke bekommt Harndrang . . .«.

Noch stiefmütterlicher wird die Therapie der Blutungen behandelt. Allgemein finden wir die Empfehlung von Eisumschlägen und Einspritzungen von Eiswasser und verschiedenen adstringirenden Mitteln; nur Senator widmet ihr in der Realencyklopädie der Therapie einige Worte und räth im Nothfall einen Nélaton-Katheter einzuführen und darüber einen Druckverband zu appliciren.

Die von mir ausgeführte Tamponade der Harnröhre ging ganz glatt und ohne Nachtheile für den Pat. ab und wirkte sehr heilsam. Sie als Methode zu empfehlen, liegt mir fern; dazu müsste sie erst an einer großen Zahl von Fällen erprobt werden; aber im Nothfall, wenn andere, weniger heroische Handgriffe im Stich gelassen haben, kann sie für den praktischen Arzt als Aushilfsmittel ihre Stelle voll behaupten.

Fremdkörper in der Blase von Männern.

Von

Prof. Dr. **Rudolf Trzebicky,**

Primarius der chirurgischen Abtheilung des St. Lazarus-Landesspitals zu Krakau.

Im Anschluss an 2 von J. P. zum Busch im Centralblatt für Chirurgie No. 14 als Seltenheiten mitgetheilte Fälle von Fremdkörpern in der Blase von Männern erlaube ich mir im Folgenden ganz kurz über 4 hierhergehörige Fälle zu berichten, von denen ich selbst 3 beobachtet habe und 1 von meinem Vorgänger, weiland Prof. Obaliński, auf der chirurgischen Abtheilung des St. Lazarus-Spitals operirt wurde. Schließlich wäre hier noch ein Fall zu erwähnen, über welchen weiland Prim. Załozięcki auf dem I. polnischen Chirurgenkongress berichtet hat. Jedenfalls dürften hierher gehörige Fälle nicht gar so selten sein, wie dies auch eine flüchtige Durchsicht der Litteratur beweist, wie wohl es ja ganz selbstverständlich ist, dass die anatomischen Verhältnisse für die Einführung von Gegenständen von außen in die Blase bei Männern viel ungünstiger liegen, als bei Frauen.

1) Ein 20jähriger, geistig etwas beschränkter Bauernbursche wurde in das hiesige Spital der Barmherzigen Brüder wegen heftiger Harnbeschwerden aufgenommen. Pat. wand sich vor Schmerzen in Folge anhaltenden, äußerst schmerzhaften Harndrangs. Der Harn war trüb, alkalisch, die Blase über der Symphyse auf Druck empfindlich. Puls normal, mäßiges Fieber. Um die Anamnese befragt, gab Pat. an, seit Jahren der Onanie zu fröhnen; vor 2 Wochen habe er ein lästiges Brennen in der Harnröhre gefühlt. Ein um Rath befragter Bauer habe ihm gesagt, das Symptom spreche für Tripper und ihm die Einführung eines Holzstäbchens in die Harnröhre empfohlen. Pat. hat den Rath befolgt und ein Weidenstäbchen eingeführt. Dasselbe sei jedoch in der Harnröhre verschwunden. Über die Länge des eingeführten Stäbchens machte er sehr divergirende Aussagen. Die Blasenuntersuchung mittels Sonde ergab darin das Vorhandensein eines Fremdkörpers. Da die Extraktion mittels Lithotriptors misslang, führte ich den medianen Blasenschnitt aus und überzeugte mich mit dem Finger, dass das Stäbchen zusammengerollt in der Blase lag. Die Extraktion gelang sehr leicht. Es zeigte sich, dass das entrindete Weidenstäbchen 30 cm lang und 2 mm dick war. Bei neuerlicher genauer Untersuchung der Blase fand ich daselbst noch ein zweites,

8 cm langes Stäbchen, wahrscheinlich die abgebrochene Spitze des ersteren. Glatte Heilung.

2) Am 22. Februar 1898 wurde ein 29jähriger Taglöhner auf meine Abtheilung aufgenommen, welcher erzählte, er wäre vor einigen Tagen von mehreren Strolchen überfallen und gefesselt und ihm von denselben ein glatter Fremdkörper in die Harnröhre mit Gewalt eingeführt worden. Der letztere sei bis nun mit dem Urin nicht abgegangen. Die Untersuchung mittels Sonde ergab in der Blase das Vorhandensein eines länglichen, harten, glatten Körpers. Ich machte allsogleich den medianen Blasenschnitt und überzeugte mich mit dem Finger, dass sich in der Blase ein glatter, harter, stabförmiger Gegenstand befinde, welcher quer zur Blasenachse eingekeilt zu sein schien. Mittels langer, gekrümmter Kornzange gelang es, den Fremdkörper derart umzudrehen, dass er zur Wunde extrahirt werden konnte und sich als ein 10 cm langes und 7 mm im Durchmesser betragendes Glasrohr mit abgerundeten Enden präsentirte. Die Heilung ging ganz glatt vor sich. Pat. hielt bis zum Schluss seine romantische Erzählung von der Vergewaltigung durch Räuber aufrecht.

3) Ende Juni v. J. stellte sich in unserer Ambulanz ein 67jähriger Mann wegen Hämaturie ein. Über die Ursache derselben befragt, gab er an, er habe vor einigen Tagen wegen heftigen Juckens in der Harnröhre in dieselbe einen etwa 12—15 cm langen Gänsefederkiel sammt Fahne, dessen Ende er pfeilförmig zugespitzt hatte, eingeführt. Die Feder sei ihm ausgeglitten und in der Tiefe verschwunden; seit der Zeit stellten sich heftige Harnbeschwerden und Blutharnen ein. Die Untersuchung mittels Sonde ergab in der Blase das Vorhandensein eines Fremdkörpers; die allsogleich vorgenommene cystoskopische Untersuchung war wegen der Hämaturie von negativem Resultat. Pat. willigte auf den ihm vorgeschlagenen operativen Eingriff nicht ein.

4) In der urologischen Sammlung weil. Prof. Obaliński's befindet sich ein etwa 12 cm langes, an einem Ende scharf zugespitztes Glasstäbchen, welches aus der Blase eines 34jährigen Eisenbahnbeamten durch hohen Blasenschnitt am 27. Juli 1892 entfernt wurde. Über die Art, wie dasselbe dorthin gelangt war, konnte ich in den Krankenjournalen unserer Abtheilung nichts Genaueres finden.

5) In der Sitzung des polnischen Chirurgenkongresses am 17. Oktober 1890 zeigte Primarius Załoziecki einen Stein, welchen er durch hohen Blasenschnitt extrahirt hatte. Derselbe bestand aus 2 Steinen, einem taubenei- und einem kirschgroßen, welche sich an beiden Enden einer mäßig dicken Kürschnernadel inserirt hatten. Pat. gab an, dass er vor 10 Jahren wegen Harnverhaltung ein »sachkundiges« Weib konsultirt habe, welches ihm ein sicheres Mittel versprach, jedoch als Bedingung stellte, dass bei Applikation desselben niemand Dritter zugegen sein dürfe. Pat. soll bei Anwendung dieses Mittels derartige Schmerzen verspürt haben, dass er die Besinnung verlor. Załoziecki vermuthet, dass diese Schmerzen durch die Einführueg der Nadel in die Harnröhre verursacht worden sind. Da die Harnretention anhielt, wurde am nächsten Tag ein Arzt berufen, welcher den Kranken katheterisirte und hierbei wahrscheinlich die in dem hinteren Theil der Urethra befindliche Nadel in die Blase gestoßen hat.

Erwähnen möchte ich hier noch ausdrücklich, dass mein einstiger Lehrer, weil. Prof. Bryk, stets bei Dilatation von Harnröhrenstrikturen mit filiformen Bougies auf gehörige Fixation des freien Endes derselben ein besonderes Gewicht legte, da er behauptete, selbe könnten sehr leicht ganz in die Blase gleiten, von derselben gewissermaßen »verschlungen« werden.

Die Richtigkeit dieser Ansicht illustrirt am besten folgender Fall. Am 14. April l. J. wurde auf meine Abtheilung ein 80jähriger Bauer aus dem Gebirge wegen Harnverhaltung aufgenommen. Er erzählte, die Harnverhaltung sei zum 1. Male Tags vorher aufgetreten, und der zu Rath gezogene Ortsrichter habe ihm einen Katheter angelegt. Urin sei hierauf nicht zum Vorschein gekommen, der nicht fixirte Katheter sei aber in die Harnröhre geschlüpft. Pat. behauptet, hierbei das Gefühl gehabt zu haben, als ob der Katheter von der Blase aspirirt worden

wäre. Der dienstthuende Sekundärarzt entleerte die fast bis an den Nabel ausgedehnte Blase mit größter Leichtigkeit mittels Metallkatheters. Tags darauf fand ich die Blase wiederum stark ausgedehnt. Pat. konnte den Urin spontan nicht lassen. Die Untersuchung mittels Sonde und Cystoskop fiel negativ aus. Da aber Pat. bei seinen anamnestischen Angaben beharrte und den Katheter in der Blase zu fühlen angab, andererseits die hochgradige Cystitis ohnedies die Eröffnung der Blase wünschenswerth erscheinen ließ, führte ich den medianen Blasenschnitt aus. Wegen sehr bedeutender Hypertrophie der Prostata war ich jedoch kaum im Stande, mit der Fingerkuppe in die Blase zu gelangen und sah mich gezwungen, den hohen Blasenschnitt auszuführen. Nun erst gelang es mir, den in einer Schleimhautnische knäuelartig zusammengerollten Katheter herauszuholen. Es war dies ein 34 cm langer Nélatonkatheter No. 13 (französische Scala).

---

19) **Socin, Heusler, Suter** und **Hägler.** Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung und die chirurgische Poliklinik des Spitals in Basel 1897.

Basel, **Werner-Riehm,** 1898.

Aus dem lehrreichen Material heben wir hervor:

2 Fälle von traumatischer Epilepsie, bei denen operirt wurde. In 1 Falle geschah dieses 2mal, ein bohnengroßes Stück wurde aus der Gehirnrinde excidirt; ein Erfolg ist nicht zu verzeichnen. Bei einer $2^1/_2$jährigen Mikrocephalin wird die Craniektomie ohne sichtbaren Erfolg ausgeführt. Aus dem Os parietale und temporale war ein 12,6 cm langer und 1,5—2 cm breiter Knochenstreifen ausgeschnitten; senkrecht zu diesem noch ein 3 cm langes und eben so breites Stück resecirt worden. — 3 Fälle von Gaumenspalten (13—19 Jahre) wurden nach der Wolff'schen Methode operirt; im 1. Falle hielt nur die Hälfte der Nähte, im 2. wurde der Spalt geschlossen — die Sprache war nachher unverändert —, im 3. war der Erfolg auch kein voller.

26 Kropfoperationen; Heilung in sämmtlichen Fällen; meist Enukleation; in 2 Fällen ging die Schwellung durch Thyreoidtabletten zurück, doch wird diese Behandlungsweise als unzuverlässig verworfen. Standpunkt: Operation, wo es angeht.

2 Gastrostomien nach Speiseröhrencarcinom führten, wie anderweitig in so vielen Fällen, zu keinem Erfolg.

1 Fall von Buckel, dessen Höhe der 1. und 2. Lumbalwirbel bilden; Redressement nach Calot. 3 Monate nach Abnahme des Gipsverbands Status idem.

Ein 34jähriger Pat., wegen Empyemen operirt, erlitt während einer wegen Eiterretention vorgenommenen Spülung der Pleurahöhle einen apoplektischen Anfall mit Facialis- und Armparese, die nach 9 Tagen wieder verschwunden waren.

1 Fall von Carcinom der linksseitigen Axillardrüsen bei intakter Mamma.

4 Fälle von Kontusion des Bauches (1mal Hufschlag, 1mal eiserner Hebel, 2mal Deichsel) enden sämmtlich tödlich; in 3 Fällen war nicht operirt, in einem 29 Stunden nach der Verletzung. Todesursache in allen Fällen: »Perforationsperitonitis«.

Stichwunde der Leber mittels eines Dolches bei einem 18jährigen Pat. In der Mittellinie, 2 cm hinter dem freien Rande, eine $1^1/_2$ cm lange, quergestellte Wunde, eben so auf der Rückseite; 5 nicht sehr tief gelegte Katgutnähte schließen die Wunde und stillen die Blutung. Heilung bei mannigfachen Zwischenfällen nach 2 Monaten.

Dessgleichen heilt eine durch Revolververletzung entstandene rundliche Leberschusswunde, in die eine Sonde 5 cm weit eindringt; mit Katgut genäht.

Bei den Fällen von Typhlitis, Perityphlitis u. A. wurden häufig Kothsteine im Processus vermiformis gefunden.

Die Magenresektionen in Folge Carcinoms weisen schlechte Resultate auf. Von 5 glücklich verlaufenen Operationen führte keine zu Heilung; 4 Pat. starben

sehr bald, meist an Peritonitis; 1 Pat., 57 Jahre, bei der zugleich die Cholecystotomie ausgeführt wurde, hatte sich sehr gut erholt, um 18 Pfund zugenommen. Doch zeigte sich nach 6 Monaten bereits ein bald zum Tod führendes Recidiv.

1 Pat. mit narbiger Pylorusstenose wird durch Gastroenterostomie geheilt.

Im Gegensatz zu früheren Jahren wurde bei den Leistenbrüchen nicht nach Kocher operirt, bei den Schenkelbrüchen der Bruchsack am Halse durchstochen, unterbunden und abgetragen, die Bruchpforte vernäht. Zur Fixation des Bruchsackes und zur Naht der Pforte wurde Katgut verwendet; zur Narkose meist Äther gebraucht.

Ein 55jähriger Pat. mit carcinomatös erkrankter Niere wurde durch Entfernung dieses Organs dauernd geheilt.

Einem Pat. ward innerhalb 3 Jahren 2mal ein Blasenstein zertrümmert; in einem späteren Zeitraum (nach 6 Jahren), wurde ihm wiederum in derselben Zeit wie oben, das erste Mal vom Damm aus, die beiden letzten Male durch die Sectio alta je ein Blasenstein entfernt, das letzte Mal zugleich mit Resektion der Prostata. Nach der letzten Operation wurde er mit einer kleinen Fistel und gutem Allgemeinbefinden entlassen.

3 Fälle von Tetanus traumaticus wurden mit Tetanusheilserum (Bern) behandelt, 2 endeten tödlich, einer genas — ob durch Heilserum oder die vielen nebenbei angewandten Narkotica oder ohne beide, ist fraglich.

1 Fall von Luxation des Meniscus externus des Kniegelenks; bei der Verletzung war anfänglich ein Bluterguss im Gelenk vorhanden.

Bei einer 4jährigen Pat. mit doppelseitiger angeborener Hüftgelenksverrenkung wird zuerst die unblutige Einrenkung nach Lorenz und später wegen eines hierbei entstandenen linksseitigen Schenkelhalsbruches die blutige Reposition beider Gelenke vorgenommen; der Erfolg war ein sehr mäßiger; rechts bestand totale Ankylose; links waren alle Bewegungen um 20° ausführbar, der Trochanter ließ sich 1 cm nach unten dislociren und sprang dann wieder zurück.

Bei einem $1^2/_{12}$jährigen Knaben wurde ein Defekt des Schienbeins rechterseits beobachtet; es fehlen die zwei unteren Drittel dieses Knochens bei Supinations- und Adduktionsstellung des Fußes. Auf Operation verzichtet.

Zur Narkose wurde im Allgemeinen Chloroform und Äther, für kleinere Operationen Bromäthyl gebraucht. Unter den 147 Chloroformnarkosen ist 1 Todesfall, unter den 201 Äthernarkosen sind deren 2 zu verzeichnen. Der Chloroformtodesfall betraf einen an Mastdarmcarcinom erkrankten Pat., der erst 1 ccm erhalten hatte; ein Grund für den schlimmen Ausgang ließ sich nicht finden. Bei den Äthertodesfällen hatte der eine an Darmcarcinom und Perforationsperitonitis erkrankt gewesene Pat. schon von Anfang an einen schlechten und frequenten Puls; der zweite Pat. mit Brucheinklemmung hatte ebenfalls schon bei Beginn der Narkose einen nicht mehr fühlbaren Radialispuls. Bei einem Verbrauch von 150 ccm trat nach 28 Minuten Herzparalyse ein. (Für die beiden Todesfälle wird man wohl kaum den Äther beschuldigen können. Ref.)

Kronacher (München).

20) Steinthal. Bericht über die chirurgische Abtheilung der Evangelischen Diakonissenanstalt in Stuttgart.

(Medicinisches Korrespondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1899. No. 8. Beilage.)

Der Bericht umfasst die Jahre 1895—1897, in denen 1653 Kranke auf dieser Abtheilung zur Beobachtung kamen, und erläutert in 12 Abschnitten die Erkrankungen der einzelnen Körpertheile, denen am Schluss auch eine Übersicht der Operationen angefügt ist. Außerdem sind eingehende Tabellen über die Operationen von Kröpfen (20), Brustdrüsengeschwülsten (28), reponiblen und eingeklemmten Leisten-, Schenkel-, und Nabelbrüchen (59) und der vaginalen Uterusexstirpationen (19) eingeschaltet.

Eine allgemeine Übersicht der Laparotomien giebt die Operationen 1) der Nabel- und medianen Bauchbrüche, 2) der Magen-, Darm- und Bauchfellerkran-

kungen, 3) der Leber- und Gallenblasenerkrankungen und 4) der speciell weiblichen Erkrankungen von insgesammt 77 Fällen an.

Der Bericht ist durch zahlreiche Krankengeschichten der wichtigeren Fälle illustrirt, und im Anschluss daran werden die Operationsmethoden erörtert und ihre Anwendungsweise begründet, bei denen sich S. von seinen eigenen Erfahrungen leiten lässt. Der Bericht giebt in übersichtlicher Form ein Gesammtbild von der Krankenbewegung auf der genannten Abtheilung während der 3 Jahre.

Buchbinder (Straßburg i/E.).

21) **Luksch.** Beitrag zur Kenntnis der Dermoide des Beckenbindegewebes.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 10.)

Den von de Quervain (Archiv für klin. Chirurgie Bd. LVII) zusammengestellten wenigen Fällen von Dermoiden des Beckenbindegewebes fügt L. einen neuen Fall aus der Nicoladoni'schen Klinik hinzu.

39jährige Frau. 1891 hühnereigroße Geschwulst am After, die bald aufbrach und »Eiter« entleerte. Bald darauf übelriechender eitriger Ausfluss aus der Scheide. Fistelbildung in der Gegend des Afters. Stuhlbeschwerden. Blasenbeschwerden führen die Pat. in die Klinik.

Im Bauch eine runde Geschwulst tastbar, die aus dem kleinen Becken aufsteigt und fast bis zum Nabel reicht. Uterus stark nach vorn gedrängt.

Operation (1898, August). Nach Enukleation des Steißbeins 2 ca. nussgroße Cysten entfernt. Durch Druck vom Bauch her wird an dem Os sacrum der untere Pol der großen Cyste sichtbar gemacht, fixirt und dieselbe eröffnet. Es entleert sich ca. 1 Liter erbsensuppenartiger Flüssigkeit mit käsigen Bröckeln gemischt und Cholestearinkrystallen. Ausschälen der Wandungen. Tamponade nach Mikulicz. Heilung. Mikroskopische Untersuchung stellte für alle 3 Cysten die Diagnose Dermoid sicher.

Hübener (Breslau).

22) **Ruprecht.** Ein neuer Apparat zur Sterilisirung elastischer Katheter.

(Ärztliche Polytechnik 1899. Januar.)

Obiger Apparat sterilisirt in 8 Minuten die Katheter nebst sämmtlichem Zubehör mit Wasserdampf. Er ist leicht transportabel. Als Heizquelle dient eine Spirituslampe, welche so eingerichtet ist, dass sie nach der Sterilisation von selbst erlischt. Der Apparat ist für Ärzte und Laien bestimmt, höchst einfach und leicht transportabel. 4 Abbildungen im Original.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

23) **J. Sorgo.** Über spontane akute Gangrän der Haut des Penis und über plastischen Ersatz der ganzen Penishaut.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 49.)

Ausgedehnter gangränöser Zerfall der Haut des Penis und Scrotum bei einem 27jährigen Pat. aus unbekannter Ursache. Für Lues keine Anhaltspunkte. Bakteriologische Untersuchungen blieben resultatlos quoad aetiologiam. Plastische Deckung des großen Hautdefekts durch Lang in 3 Sitzungen mit vollem Erfolg.

Hübener (Breslau).

24) **Viertel.** Demonstration des Bottini-Freudenberg'schen Prostataincisors. Demonstration zweier Nierensteine und eines Fremdkörpers der Blase.

(Allgemeine med. Centralzeitung 1898. No. 68.)

V. bespricht den von Freudenberg verbesserten Bottini'schen Prostatabrenner und beschreibt die Art seiner Anwendung, wobei er besonders darauf hinweist, dass man das Messer mit der Schraubenvorrichtung mehrere Minuten lang langsam über die Prostata ziehen müsse. Gerade in Fällen, wo es auf Erhaltung der Potentia generandi ankommt, hofft V., dass die Kauterisation vielfach als Ersatz dienen könne.

Bei der Nachbehandlung wendet V. den Verweilkatheter an, meist nur ganz kurz. Bei jüngeren, kräftigen Individuen wird derselbe schon am 3. Tage entfernt. Nur 9 Fälle fand V. unter Zuziehung des Cystoskops für die Kauterisation geeignet. Der eine, wo der Detrusor völlig gelähmt war, verlief resultatlos. In den anderen 8 Fällen, die Individuen von Anfang der 30er bis zu den 70er Jahren betrafen, war der Erfolg quoad functionem ein ausgezeichneter.

Verf. demonstrirte ferner einen zuckerrübenartigen, 40 mm langen, 50 mm im Umfang messenden Ureterstein. Derselbe wurde unter Schleich mittels Medianschnittes entfernt.

Ein hirschgeweihartiger Nierenstein der rechten Niere, der durch den Sektionsschnitt der Niere entnommen wurde — der Fall verlief in Folge von Herzschwäche tödlich — und ein fingerlanges Drainrohr, das vermuthlich 44 Jahre in der Blase gelegen hatte, bildeten weitere Gegenstände der Demonstration.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

25) **A. Bucalossi** (Castelfiorentino). Sieben Fälle von Prostatahypertrophie, mit Resektion der Vasa deferentia behandelt.

(Policlinico 1898. Juli 15.)

Die Technik der theils von Prof. Remedi (Siena), theils vom Verf. selbst vorgenommenen 7 Operationen war sehr einfach: Hautschnitt von 3—4 cm Länge, Isolirung des Vas deferens, Resektion eines etwa 6 cm langen Stücks desselben, Hautnaht; Heilung per primam. Nur in 1 Falle (Komplikation mit Hydrocele, vorübergehende Harnverhaltung) wurde die Operation einseitig ausgeführt; hier war das Resultat negativ. In den übrigen 6 Fällen wurde stets die beiderseitige Resektion vorgenommen; der Erfolg war hier durchweg als ein ziemlich guter oder sehr guter zu bezeichnen. Es handelte sich in diesen Fällen immer um ziemlich hochgradige Beschwerden mit häufigem Harndrang und Ischurie, die den ständigen Gebrauch des Katheters nothwendig machte; in mehreren Fällen bestand starke Cystitis. Die Pat. standen im Alter von 66—75 Jahren. Mit Ausnahme eines Falles gelang es stets, die spontane Urinentleerung zu erzielen, und zwar trat dieselbe nach 1—20 Tagen ein. Auch bei dem einen Pat., bei welchem dies nicht der Fall war, erfolgte erhebliche Besserung, indem der vorher sehr schwierige Katheterismus außerordentlich leicht wurde, und die schwere Cystitis fast ganz zurückging. Ein anderer Pat., bei dem bereits am 5. Tage die spontane Urinentleerung sich eingestellt hatte, starb 20 Tage nach der Operation an Bronchopneumonie; die histologische Untersuchung wies hier eine körnige Degeneration der drüsigen Elemente der Prostata nach. Bemerkenswerth ist noch, dass in 1 Falle 3 Tage nach der Operation eine leichte Glykosurie auftrat, die jedoch nach 2 Tagen wieder verschwunden war. Außer der Erleichterung der Harnentleerung wurde die Besserung noch konstatirt durch eine objektiv nachweisbare Volumsverminderung der Prostata. Die günstige Wirkung der Resektion des Vas deferens glaubt Verf. hauptsächlich auf verminderte Blutfülle und Degeneration des Drüsenepithels, vielleicht auch auf Atrophie der muskulären Elemente zurückführen zu dürfen; der methodischen Katheterbehandlung gegenüber erscheint die geübte Therapie, wenigstens bei aufgehobener Geschlechtsfunktion, empfehlenswerth.

H. Bartsch (Heidelberg).

26) **A. v. Frisch.** Über Bottini's galvanokaustische Incision der hypertrophirten Prostata.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 48.)

Verf. berichtet eingehend über 10 von ihm nach dem Bottini'schen Verfahren behandelte Fälle von Prostatahypertrophie, in denen es sich 8mal um chronische vollständige, 2mal um chronische unvollständige Harnverhaltung handelte. In 2 Fällen lag sogenannte Kongestion der Prostata vor. Von den 10 operirten Kranken sind 4 vollständig geheilt, 1 wurde dauernd gebessert, 1 zeigte vorübergehende Besserung, 3 fanden keine Besserung, 1 Pat. starb in Folge der

Operation (Prostataabscess). Bei den 3 ohne Erfolg operirten Fällen ist jedoch eine Wiederholung des Eingriffs, wie Bottini dies fordert, nicht vorgenommen (Ref.). 6 der operirten Fälle verliefen reaktionslos. Von unangenehmen Zufällen traten auf: Blutungen in 3 Fällen, Schüttelfröste in 2, Epididymitis in 2, Tod (siehe oben) in 1 Fall.

Das aus der Litteratur zusammengestellte Resultat von ca. 50% Heilungen und 7,2% Mortalität erscheint v. F. so günstig, dass es sich mit den Erfolgen irgend eines der anderen bei Prostatahypertrophie vorgeschlagenen chirurgischen Eingriffe gar nicht vergleichen lässt. Indessen kann durch die Bottini'sche Operation ein voller Erfolg nur bei chronischer kompleter Harnverhaltung und intakt erhaltener Kontraktionsfähigkeit der Blase erwartet werden. Je normaler der Harn, desto glatter der Verlauf. Alle Angaben über die Besserung bei unvollständiger Retentio urinae können Trugschlüsse sein und müssen mit der größten Vorsicht aufgenommen werden.

Bezüglich der Nachbehandlung hat v. F. von der Anwendung eines Verweilkatheters niemals einen Nachtheil gesehen. Es erscheint ihm schonender mit Rücksicht auf das Abreißen von Schorfen, für einige Tage einen Dauerkatheter einzulegen. **Hübener** (Breslau).

27) **Sanesi.** Ancora dell' incisione termogalvanica nell' ipertrofia della prostata.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 7.)

Von 3 früher von S. operirten Fällen lebt noch einer. Er urinirt seit der Operation, die vor 1 Jahr ausgeführt wurde, gut und ohne Beschwerden. Jetzt berichtet S. über 4 weitere Fälle. Der 1. wurde seit mehreren Monaten täglich katheterisirt, litt an Cystitis, chronischer Nephritis und hatte einen großen mittleren und einen etwas vergrößerten linken Prostatalappen. 2 kleine Einschnitte in die hypertrophischen Lappen gestatteten dem Pat., nach 1 Stunde spontan Urin zu entleeren. Die Heilung hat 2 Monate bisher angehalten. Der 2. Fall bei einem 62 Jahre alten Mann bot nur eine leichte Cystitis ohne Nierenaffektion dar. Der rechte und der mittlere Lappen waren befallen, und seit 3 Monaten entleerte Pat. den Urin nur noch durch den Katheter, und zwar ca. 12mal am Tage. Nach doppeltem Einschnitt konnte der Katheterismus auf 4mal reducirt werden, und 2 Tage später entleerte Pat. seinen Urin spontan. Derselbe Pat. litt an einer doppelseitigen Orchitis tuberculosa, und die Hoden wurden 2 Monate nach der 1. Operation entfernt. Das Resultat ist seit 3 Monaten unverändert. Der 3., 64 Jahre alte Pat. entleerte täglich 3 Liter eines leicht alkalischen und etwas getrübten Urins. Seit längerer Zeit bestand bei starker Arteriosklerose und leichter Vergrößerung des mittleren Prostatalappens häufiger Harndrang. In Folge einer Apoplexie traten eine linksseitige Lähmung und Harnverhaltung auf. Während sich erstere besserte, blieb letztere bestehen. Der mittlere Lappen wurde galvanokaustisch incidirt, und Pat. konnte sofort wieder spontan uriniren. Das Resultat besteht seit 3 Monaten. In einem 4. Falle versagte der Accumulator, und es folgte eine mehrere Tage anhaltende leichte Blutung auf den Eingriff.

Über die Verhältnisse des Residualurins nach der Operation wird nichts gesagt. **Dreyer** (Köln).

28) **O. Wendel.** Zur Kasuistik der Haarnadeln in der weiblichen Harnblase.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

W. berichtet aus der v. Bruns'schen Klinik über 9 Fälle von Haarnadeln in der Blase, die zu masturbatorischen Zwecken von den Kranken selbst eingeführt worden waren und zu erheblichen Beschwerden Veranlassung gegeben hatten. Unter 5 Fällen, in denen es zur Steinbildung kam, konnten 2mal Stein und Nadel zusammen entfernt werden; in 1 Falle waren nur die beiden Schenkel der Nadel inkrustirt, der übrige Theil dagegen frei, im anderen ragten die Nadelenden aus

einem taubeneigroßen, ovalen Stein heraus; es scheint daher, als ob die Nadelspitzen am wenigsten leicht durch Steinbildung umkleidet werden. Zur Erkennung des Fremdkörpers und seiner Lage wurde häufig das Cystoskop zu Hilfe genommen; als ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel erwies sich ferner, wie an einer äußerst klaren Röntgenphotographie dargethan wird, die skiagraphische Untersuchung, da sie gestattet, das Vorhandensein und die Richtung der Nadel in der Blase sicher festzustellen, ohne der Kranken Unannehmlichkeiten zu bereiten. Zur Entfernung der Fremdkörper war in 3 Fällen, in welchen Steinbildung vorlag, die Sectio alta nöthig, in den übrigen gelang die Extraktion durch die Harnröhre. **Honsell** (Tübingen).

29) **T. Houston.** On a case of cystitis of three years' duration due to the typhoid bacillus.

(Brit. med. journ. 1899. Januar 14.)

H. fand bei der bakteriologischen Untersuchung eines sauer reagirenden Urins, der von einer seit 3 Jahren an Cystitis erkrankten Pat. stammte, als einzigen Mikroorganismus den Typhusbacillus. Bemerkenswerth ist dabei, dass die betr. Pat. nie an Typhus abdominalis erkrankt war, dass trotzdem aber das Blutserum der Pat. bei Ausführung der Widal'schen Reaktion positive Eigenschaften aufwies, es sich also nicht um eine einfache Bakteriurie, sondern um einen Infektionsherd in der Blase mit Übergang von Infektionsstoffen in das Blut handelte. **F. Krumm** (Karlsruhe).

30) **Délore et Molin** (Lyon). Des fistules vésico-ombilicales tardives par persistance de la perméabilité de l'ouraque.

(Arch. prov. de chir. 1898. No. 11.)

Verff. beweisen an der Hand eines Falles aus dem Hospital von Jaboulay, dass die im späteren Leben auftretenden vesico-umbilicalen Fisteln nichts Anderes sind als latent gebliebene kongenitale Urachusfisteln, was Desnos bezweifelt. Ein 63jähriger Mann, der an Prostatahypertrophie und Blasenkatarrh litt, entleerte eines Tages in der Nabelgegend Urin. Es war erweisbar, dass ihm schon als Säugling, und zwar bis zum Alter von 3 Monaten, Urin in der Nabelgegend abgegangen war. Seit jener Zeit war die Durchgängigkeit des fötalen Ganges latent geblieben. **P. Stolper** (Breslau).

31) **M. L. Kreps.** Über Ureterkatheterisation.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 1.)

K.'s Erfahrungen zeigen, dass manchmal die Diagnose der Krankheiten der Harnwege nur mittels der Harnleiterkatheterisation sicher zu stellen ist, und selbst das Cystoskop im Stiche lässt. Er bringt 4 Beispiele aus seiner Praxis; 2mal wiesen alle anderen Untersuchungsmethoden auf Pyelitis hin, und erst beim Katheterisiren der Harnleiter fand man klaren Urin; im 3. Falle zeigte der Katheter umgekehrt Pyelitis, wo man eine einfache Cystitis vermuthete. Im letzten Falle sah man durch das Cystoskop beide Harnleitermündungen, excidirte die steinkranke rechte Niere, fand aber bei der baldigen Sektion vollständiges Fehlen der linken und nur eine seichte Vertiefung an Stelle der Blasenmündung des linken Harnleiters. Der Katheter würde hier Auskunft gegeben haben über den wahren Sachverhalt. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

32) **le Dentu.** Papillomes de l'uretère. Néphrectomie et uretérectomie totale.

(Bull. de l'acad. de méd. Sitzung vom 28. Februar 1899.)

Ein 33jähriger Pat. war unter den Erscheinungen einer intermittirenden Hydronephrose erkrankt. Der diagnostische Sektionsschnitt zeigte nur ein mäßig erweitertes Nierenbecken. Eine spätere Cystoskopie ergab eine papillomatöse Wucherung an der Mündungsstelle des rechten Harnleiters. Desshalb wird nach noch-

maliger Freilegung der Niere der Harnleiter eröffnet und aus ihm ein kleiner Stein entleert. Unter demselben sitzt ein Papillom, das noch eben die Sonde passiren lässt, während eine zweite dicht an der Mündung in die Blase sitzende Wucherung die Lichtung völlig verlegt. Daher Nephrektomie und Exstirpation des ganzen Harnleiters. Heilung. **Borchard** (Posen).

33) **Pantaloni** (Marseille). Le papillome du bassinet.

(Arch. prov. de chir. 1899. No. 1.)

Ein 40jähriger Klempner, der seit 30 Jahren von Zeit zu Zeit eine rasch wieder zurückgehende Geschwulst in der rechten Nierengegend auftreten fühlte, erkrankte schließlich schwer mit Leibschmerzen, Ödemen, blutigem Urin. Er sah kachektisch aus und hatte eine riesige fluktuirende Geschwulst im Bauch. Man stellte die Diagnose auf Hydronephrose. Bei der Operation stieß man in der Gegend der rechten Niere auf eine Cyste, aus der sich 22—24 Liter blutiger Flüssigkeit entleerten. Die nähere Untersuchung ergab, dass man es in der That mit einem hydronephrotischen Sack zu thun hatte. Aber auf der Nierenbeckenschleimhaut hatte sich ein Papillom entwickelt, dessen bösartige Natur in einem lokalen Recidiv (Cylinderzellenkrebs) und schließlich in Generalisation der Geschwulst zum Ausdruck kam. Es handelte sich um eine im Nierenbecken bis dahin nur 6mal beobachtete, in der Harnblase häufigere zottige Neubildung, welche die Engländer als »villous disease« bezeichnen. P. glaubt, dass man bei intermittirender Hydronephrose aus dem Vorhandensein von Blut im Urin und aus der Betheiligung des Gesammtorganismus künftighin die Diagnose dieser seltenen Geschwülste wird stellen können. Was die Technik der Operation anbelangt, so macht er darauf aufmerksam, dass man auf die Unterbindung der Vena cava inferior gefasst sein muss, da perinephritische Processe meist dabei sind. Er selbst fand die Cyste zwar stark verwachsen mit der gefährlichen Vene, aber sie war doch noch ablösbar.

P. Stolper (Breslau).

34) **P. Delbet.** Uretéropyélostomie.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Januar.)

Bei einer 33jährigen Frau, welche an rechtsseitiger Hydronephrose mit temporärer reflektorischer Anurie litt, wurde von der Lendengegend aus auf die Niere eingegangen. Ein Stein fand sich nicht; dagegen eine Verengerung des Harnleiters dicht hinter seinem Abgang aus dem Nierenbecken. Diese Strecke ($1^1/_2$ cm) wurde gespalten und der Spalt auf das Nierenbecken auf $1^1/_2$ cm fortgesetzt. Die Ränder beider Incisionen wurden in entsprechender Weise vereinigt. Trotzdem wegen der theilweise fibrösen Beschaffenheit der Harnleiterwand eine exakte Schleimhautnaht nicht gemacht, sondern nur die äußeren Wandbestandtheile vereinigt werden konnten, erfolgte doch ungestörte Heilung.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

35) **Herman.** Über die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnostik der Nierensteine.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 8.)

In der Rydygier'schen Klinik konnten bei einem Pat. mit Nephrolithiasis durch die Röntgenphotographie die diagnosticirten Nierensteine sehr klar veranschaulicht werden. Die operativ entfernten Steine von Erbsen- bis Linsengröße (Eröffnung des Nierenbeckens) bestanden aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk nebst geringen Mengen von Magnesium, Eisen und Chloriden (laut Untersuchung im Institut für ärztliche Chemie des Prof. Niemilowicz).

Hübener (Breslau).

36) **G. J. Wolynzew.** Zur Erkennung und operativen Behandlung der Harnleitersteine. Nephrotomie und Ureterolithotomie.

(Chirurgia 1898. p. 246. [Russisch.])

Die 45jährige Kranke konnte sich vor Schmerzen kaum bewegen. Schon als Kind hatte sie in ihrer linken Seite zeitweise Schmerzen empfunden. Diese steigerten sich besonders im letzten Jahre zu einer unerträglichen Höhe.

Bei der Untersuchung erwies sich die linke Nierengegend empfindlich, der Urin ist sauer, eiterhaltig. Bei der Cystoskopie zeigte sich die Blasenschleimhaut gesund, aus dem linken Harnleiter kam trüber, eiterhaltiger Urin, aus dem rechten klarer.

Bei der Operation (2. April 1898) eröffnete Prof. Diakonow den vorgewölbten Rand der Niere und entleerte durch den Schnitt etwa 300 ccm Eiter.

Nach der Operation zunächst Besserung, darauf aber wieder Beschwerden, so dass, nachdem in der Tiefe mit der Sonde ein Stein gefühlt, zu einer 2. Operation (14. Mai) geschritten wird. Durch Schnitt 5 cm nach innen von der Spina ant. sup. wird der stark erweiterte Harnleiter freigelegt, und aus einem eiförmigen Hohlraum in 2 Stücken ein ovaler Stein von 5 cm Länge herausgeholt.

An die interessante Krankengeschichte knüpft W. ausführliche Betrachtungen über die Ureterotomie. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

37) **C. Lauenstein.** Operative Entfernung eines durch Röntgenstrahlen nachgewiesenen Konkrements von kohlensaurem Kalk aus dem Nierenbecken.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 195.)

Der L.'sche Pat. war 47 Jahr alt und zeigte klinische Erscheinungen, welche die ziemlich sichere Diagnose auf rechtsseitigen Nierenstein stellen ließen. Letztere wurde durch ein Röntgenbild, welches einen sehr deutlichen Steinschatten von 2:3 cm, und zwar 3 cm unterhalb der 12. Rippe, ergab, bestätigt. Bei der Operation war in der an ihrem unteren Pole freigelegten Niere der Stein nicht durchzufühlen. Im Vertrauen auf das Röntgenbild aber wurde ohne völlige Auslösung und unter Verzicht auf den vollen »Sektionsschnitt« nur eine 3 cm lange Incision durch den unteren Nierentheil in das Nierenbecken gemacht und von diesem aus der Stein leicht entfernt. Ungestörte Heilung. Der Stein bestand aus kohlensaurem Kalk mit Beimengung von oxalsaurem Kalk und von Harnsäure. Die Beobachtung ist desshalb von Werth, weil bislang Kalkkarbonatsteine noch nicht für durch Röntgenstrahlen nachweisbar gehalten sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

38) **Hohlbeck.** Über Nierenverletzungen und ihre Behandlung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1898. No. 51.)

14 Nierenverletzungen der letzten 8 Jahre, von denen 12 subkutane, 2 Stichwunden waren, wurden am Rigaer Krankenhaus rein exspektativ behandelt. Von ihnen starben nur 3, bei denen schwere Komplikationen: Ruptur der Milz, Leber, mehrfache Knochenbrüche vorlagen. **Haeckel** (Stettin).

39) **W. M. Sykow.** Zur Kasuistik der Nierenexstirpation (Struma aberrans renis.

(Chirurgia Bd. IV. p. 240. [Russisch.])

Aus der Moskauer Hospitalklinik von Prof. Lewschin berichtet S. über eine mit Erfolg ausgeführte Nierenexstirpation wegen Grawitz'scher Geschwulst. Die 63jährige Kranke hatte sich bis etwa $^3/_4$ Jahr vorher gesund gefühlt, als sich dann unbestimmte Schmerzen in der linken Hand, der rechten Rückenseite und theilweise im Leib einstellten. Urinmenge 2—300 ccm in 24 Stunden, der Urin ist trübe, zeitweise bluthaltig. Kein Appetit, Fieber bis 40,2°.

Die linke Niere ist etwas deutlicher zu fühlen als gewöhnlich, nicht schmerzhaft, die rechte Niere ist mindestens doppelt vergrößert zu fühlen und äußerst schmerzhaft. Einige Tage vor der Operation wurde 3mal täglich $^1/_2$ g Salol gegeben und unmittelbar vor derselben 500 ccm Kochsalzlösung unter die Haut gespritzt. Der Hautschnitt war dem v. Bergmann'schen ähnlich; es fanden sich zahlreiche Verwachsungen; das Bauchfell wurde bei der Lösung derselben an 2 Stellen ca. 7—8 cm eröffnet, so dass Darmschlingen und Netz vorfielen; von letzterem wurden die vorgefallenen Stücke mit der Doyen'schen Pincette abgequetscht. Eben so waren auch die

blutenden Gefäße während der Operation mit der Vasotribe gestillt und nur 2 Unterbindungen angelegt, die eine um die Nierengefäße, die andere um den Harnleiter.

Der Erfolg der Operation war ein vollständiger, die Kranke wurde nach $2^1/_2$ Wochen geheilt entlassen.

Die herausgenommene Geschwulst zeigt auf dem Durchschnitt die gewöhnliche Beschaffenheit der Grawitz'schen Geschwulst. Sie nahm in einer Ausdehnung von 6—8 cm die Stelle der Nebenniere und fast 1 Drittel der Niere ein. Außerdem finden sich noch Geschwulstknoten in der Rinden- und Marksubstanz, so dass die Niere im Ganzen sehr atrophisch erscheint. Der Nierenkelch ist sehr ausgedehnt. Bei seiner Eröffnung fließt eine grauröthliche Masse aus. Um den Kelch herum finden sich in den Pyramiden Herde von zerfallenem Gewebe, von Blutaustritten durchsetzt. Harnleiter und Blutgefäße sind bei der mikroskopischen Untersuchung vollständig normal.

(Von den 3 Fällen Grawitz'scher Geschwülste, welche Ref. durch Nierenexstirpation behandelt, bot der letzthin operirte und vor der Operation erkannte das auffallende Verhalten, dass bei mannigfachen anderen Beschwerden niemals weder Nierenkoliken noch Blutungen vorhanden gewesen waren, trotzdem die Geschwulst die ganze Niere fast vollständig zerstört hatte. Sie hatte das Innere des Nierenbeckens vollständig freigelassen und war von der Nierensubstanz von außen auf den Stiel gewuchert. Ref.) **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

40) **Bryn.** Traumatische Ortsveränderung beider Hoden.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1898. No. 10.)

Ein 59jähriger Mann wurde von einem Wagen überfahren. Ein Rad ging dabei vorn vom Scrotum bis zur Regio lumbalis dextra. B. fand 2 Tage später den Hodensack und beide Leistenkanäle leer. Der untere Theil des Unterleibs war sehr empfindlich gegen Druck, und der Verwundete klagte über heftige Schmerzen. Eine walnussgroße Geschwulst fand sich auf jeder Seite der Symphyse im Unterleib. Die Reposition der Hoden durch die innere Inguinalöffnung war schmerzhaft, aber nicht sehr schwer auszuführen. Im Augenblick der Reposition durch die innere Öffnung fuhren die Hoden plötzlich von selbst auf ihre gewöhnlichen Plätze im Scrotum. Die Schmerzen im Unterleib verloren sich bald. Es entwickelte sich nachher weder Hämatocele noch Hydrocele.

Malthe (Christiania).

41) **E. Berthold.** Ein Fall von Hermaphroditismus masculinus, diagnosticirt mit dem Laryngoskop.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 1.)

Bei einer 22jährigen, in Frauenkleidung einhergehenden und als weiblich in das Personenstandsregister eingetragenen Person fand Verf. bei Gelegenheit einer Kehlkopfuntersuchung so breite und lange Stimmbänder, wie sie nur bei erwachsenen Männern vorkommen. Eine daraufhin vorgenommene Besichtigung des übrigen Körpers zeigte, dass es sich um ein männliches Individuum, einen Hypospadiäus, handelte. Darauf aufmerksam gemacht, entzog sich die Person zunächst weiterer Beobachtung, nach 8 Jahren aber verlangte sie ein Attest zur Abänderung ihres Personenstandes. Die jetzt erfolgende Untersuchung des Kehlkopfgerüstes mittels Röntgenstrahlen ergab, dass auch die Verknöcherung des Kehlkopfknorpels nach männlichem Typus vor sich gegangen war. Im Übrigen hatte sich die Person inzwischen eine Geliebte angeschafft. **Teichmann** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. Sonnabend, den 20. Mai. 1899.

(Aus dem Institut für klinische Chirurgie und Pathologie der Universität zu Genua [Prof. Dr. Morisani].)

I. Vorschlag zu einer ausziehbaren versenkten Naht.

Von

Dr. **Rafael Minervini,** Assistenzarzt.

In den letzten Jahren gab es den Chirurgen viel zu denken, dass öfters die gebrauchten Nahtfäden partielle Eiterungen (die sog. aseptischen oder nekrotischen oder Fremdkörpereiterungen) hervorriefen, und haben sich dieselben viel um das Los der verlorenen Nähte bekümmert. Vielleicht sind diese Besorgnisse übertrieben,

vielleicht würde man, bei Anwendung aller Vorsichtsmaßregeln der Asepsis und Gebrauch von nur absolut keimfreiem oder noch besser antiseptischem Nähmaterial, diese Eiterungen um die Fäden herum gänzlich verschwinden sehen, wie dies die neuesten Beobachtungen Hägler's (1) zu beweisen suchen.

Wie immer dies sei und vorläufig von dieser Frage abgesehen, bilden auch diese Eiterungen in vielen Fällen einen nicht erheblichen Nachtheil, in anderen werden sie zu einer gewichtigen und ernsten Ursache des Misserfolgs, und das speciell bei jenen Operationen, bei welchen der Heilerfolg eben auf dem Widerstand der versenkten Nähte beruht, wie z. B. bei der Radikaloperation der Hernien. Thatsächlich sahen die Chirurgen öfters den Operationserfolg geschädigt durch diese kleine Abscesse, welche sich nach einigen Tagen bilden, sich successive öffnen und die Knoten und Fäden ausscheiden und die feste Vereinigung der Muskel- und Aponeuroseschicht beeinträchtigen.

Um dem zu begegnen, bedienen sich verschiedene Chirurgen bei diesen Operationen ausschließlich resorbirbarer Fäden (wie Katgut und Känguruhsehnenfasern), Andere griffen zu specielleren Auskunftsmitteln, wie jenes, den Sack mit Bändern aus den Sackwänden selbst zu verschließen (Faure, Duplay und Cazin), oder den Sack mit diesem selbst wiederholt zu verknoten (Villard), noch Andere die versenkte Naht mit einem aus den Schenkelmuskelsehnen gewonnenen Bündel auszuführen (Poullet, de Fontaine); noch Andere versuchten, überhaupt keine verlorenen Nähte zu belassen, sondern zogen nach einigen Tagen alle Fäden aus, was jedoch bei versenkten Nähten nicht leicht ist. Es wurden daher verschiedene mehr oder minder sinnreiche Nähmethoden vorgeschlagen und versucht. Einige Chirurgen, wie Villard (2), Duplay und Cazin (3), Gigli und Baroni (4), Jonnesco (5), bedienen sich metallischer oder Seidenfäden in getrennten Nahtstichen, deren Enden nach außen unter einander oder auch auf Gazebäuschchen geknotet werden; Andere, wie Link (6), ziehen die fortlaufende Naht vor, deren Enden die Haut durchbohren und sich auf den Gazebäuschchen verknoten. Kürzlich hat Prof. Berger der Pariser chirurgischen Gesellschaft einen Vorschlag des Dr. Gauthier (7) mitgetheilt, der darin besteht, die versenkte Naht mit 2 Seidenwurmdarmfaden, von welchen der eine, längere, Schlingen bildet, in welchen der andere, kürzere, durchgezogen wird mit den der Nähmaschine gleichen Stichen auszuführen; die Fadenenden werden dann außen verknüpft.

Vielleicht sind etliche dieser Nähmethoden nur ersonnen oder gezeichnet, oder nur am Leichnam ausgeführt worden, ohne dass sie je zweckdienlich bei Operationen an Lebenden gedient hätten.

Bei Jonnesco's Operation ist es natürlich sehr leicht die Fadenschlingen auszuziehen, nur besteht der Nachtheil, dass jeder versenkte Nahtstich die Haut durchbohrt; und man weiß, wie schwer oder gar unmöglich es ist, die absolute Keimfreiheit der Haut zu erzielen,

und welche große Gefahr jeder von außen nach innen gehende Faden bildet, weil er wie eine »Kapillardrainage« funktioniren und Infektionen zuführen kann. (Auch wenn man für jede Schicht der versenkten Naht 3 Stiche macht, hat man 6 Schlingen, also 12 Fäden, welche die Haut durchbohren und in die Muskelschichten eindringen.)

Bei Gigli und Baroni's Nahtmethode ist außer diesem Übelstand noch ein anderer vorhanden: Jeder Faden nimmt in den versenkten Geweben einen geschlängelten Verlauf, so dass es nicht leicht ist, ihn auszuziehen.

In der Methode von Link, wenn sie auch den Vortheil von nur 4 Hautöffnungen hat, bleibt immer noch das Unangenehme der langen und geschlängelten Fäden, welche sich nicht leicht ausziehen lassen; und da sie mit ihrer ganzen Länge zwischen den Rändern der Muskel- oder Aponeurosen-Wunde laufen müssen, hemmen sie leicht deren Vereinigung oder zerstören dieselbe.

Bei Gauthier's Nahtvorschlag endlich ist außer den obigen Übelständen von Berger beobachtet, dass, wenn das längere Seidenwurmdarmende sich an einem Punkte lockert, der ganze Zweck der Naht verfehlt wird, und — noch mehr ins Gewicht fallend — dass, wenn die Stiche gut gespannt sind, sie die Blutcirkulation gänzlich verhindern.

Mir scheint es, dass, wenn man um jeden Preis ausziehbare versenkte Nähte ausführen will, man vor Allem die große Anzahl der kutanen Öffnungen zu vermeiden hätte, und wären daher die fortlaufenden Nähte den unterbrochenen vorzuziehen; diese aber müssen so ausgeführt werden, dass sie die größte Leichtigkeit zur Entfernung bieten.

Auch ich habe Anfangs an eine 2fädige Naht gedacht, so zwar, dass bei Ausziehung des einen Fadens alle Schlingen des anderen frei würden, wie jene der gewöhnlichen Nähmaschine oder die Gauthier's, nur mit dem Unterschied, dass der eine Faden steif, der andere sehr biegsam hätte sein müssen. Diese Naht hätte jedoch den gewichtigen Übelstand mit sich gebracht, dass die Schlingen des einen Fadens das ganze Gewebe des einen Wundrandes eingeklemmt hätte, ohne druckfreie Stellen zu lassen, so zwar, dass die Blutcirkulation gehemmt und diese bei stark gespannten Schlingen gänzlich verhindert worden wäre, so dass Nekrose dieses Randes hätte eintreten müssen.

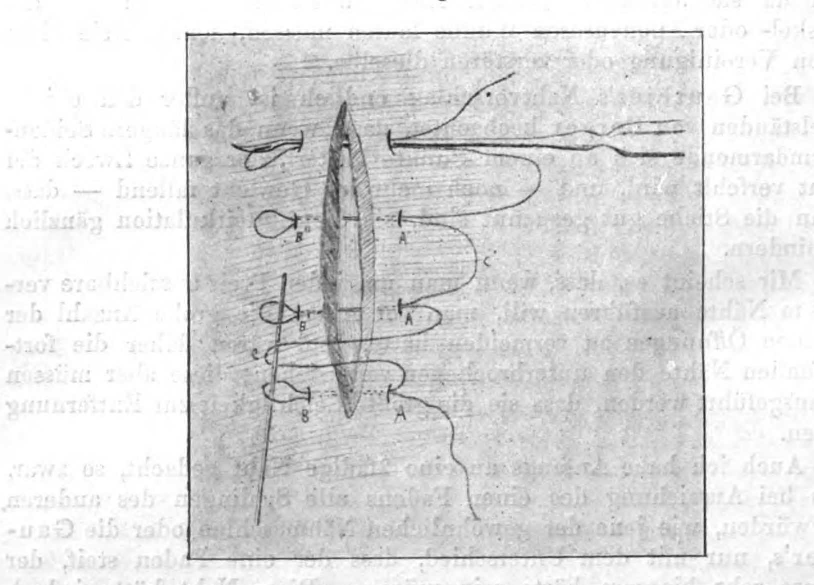
Ich versuchte desshalb, die Stiche so zu modificiren, dass eine mögliche Klemmung verhindert würde und habe das nachfolgende Verfahren ersonnen:

Es sind zu diesem 2 Fäden nöthig: ein sehr langer und biegsamer (aus dünner Seide), der andere steif (metallisch oder besser aus dickem Seidenwurmdarmfaden), aber etliche Centimeter länger als die zu schließende tiefe Wunde.

Die Naht wird in 2 Zeitabsätzen vorgenommen: Zuerst werden die Seidenschlingen disponirt, dann der steife Faden und die Stiche gespannt.

Etwa 5—6 mm vom Wundrand (*A*) entfernt sticht man die mit einem dünnen Seidenfaden versehene Reverdin'sche Nadel ein, führt sie in gleicher Entfernung vom anderen Wundrand heraus und zieht sie, an dieser Stelle (*B*) eine Seidenschlinge lassend, zurück. So legt man in Zwischenräumen von 15—20 mm (*A' A''*) ähnliche Seidenschlingen (*B' B''*) an, immer sorgsam darauf achtend, dass zwischen den Stichen *A' A''* reichlich lange Fadentheile bleiben. Dann wird der steife Faden in die Seidenschlingen eingeführt, so zwar, dass er auf die Fadenstellen zu liegen kommt, die man ge-

Fig. 1.



nügend lang zwischen den verschiedenen Stichen belassen hat, und dass dieser durch alle Schlingen (*B*, *C*, *B' C' B''* etc.) geht, wie auf den Figuren hier ersichtlich. Man verknotet dann das Ende des Seidenfadens *D* an dem freien Ende des steifen Fadens; spannt sorgsam mit Hilfe einer Pincette alle Schlingen, so dass der steife Faden fest und parallel der Nahtlinie liegt und verknotet dann das andere Ende des Seidenfadens in Punkt *E*. Man lässt die unteren Enden der beiden Fäden lang und verknüpft sie außen über einer Gazewickel (*F*).

Über diese Naht wird regelrecht die Hautnaht vorgenommen; aus dem unteren Wundwinkel treten dann wie eine »Kapillardrainage« die Enden der beiden Fäden heraus.

Wenn man nach einigen Tagen die Verwachsung der tiefen Gewebe als vollzogen betrachten kann, entfernt man den steifen

Faden, welcher, da er gerade und glatt ist, durch alle Seidenschlingen ohne Schwierigkeit hinschlüpft, und danach leicht das Seidenfadenende, dessen freigewordene Schlingen sich eben so leicht eine nach der anderen lösen lassen, und so verbleibt in den tiefen Geweben von der Naht gar nichts zurück.

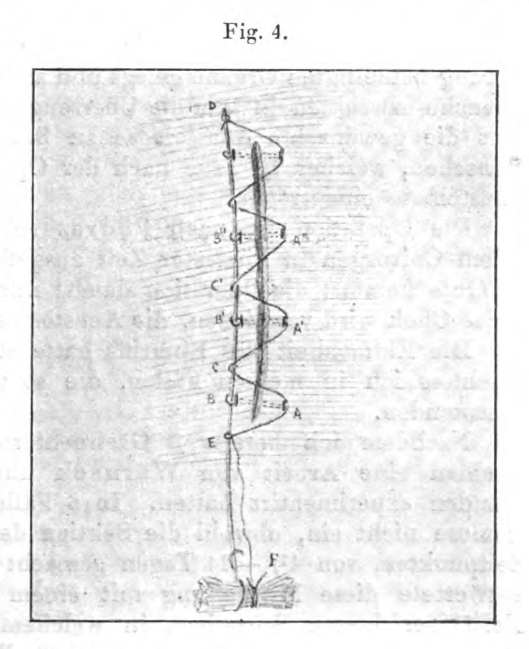
Diese Nahtmethode bietet meines Erachtens vor anderen die nachfolgenden Vortheile:

Es ist nur eine einzige Öffnung nach außen nöthig, welche Infektionen verpflanzen könnte.

Das Herausziehen der Fäden vollzieht sich ohne Schwierigkeit.

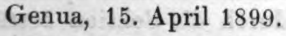
Die Vereinigung der tiefen Wundränder wird durch die Gegenwart der Fäden zwischen ihnen nicht gestört.

Fig. 4.



Die Blutcirkulation in den Lappen ist nicht verändert, weil die Gefäße, welche sich zwischen den Punkten A, A', A'' befinden, da keine Fäden längs der Linie AA' Druck ausüben, regelmäßig für die Ernährung der Ränder sorgen können, und auf den anderen Rand der steife Faden, der von den Seidenschlingen nach innen gezogen ist, keinen schädlichen Druck ausüben kann.

Dieses Verfahren habe ich an Thieren (Hunden) ausgeführt und bin keinerlei Nachtheilen dabei begegnet.



Genua, 15. April 1899.

Litteratur.

1) **Hägler**, Steriles oder antiseptisches Ligaturmaterial? Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 5.

2) **Villard**, Congrès de chirurgie. Paris 1897. Oktober.

3) **Duplay et Cazin**, Sur un nouveau procedé de cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. Semaine méd. 1896. No. 57.

4) **Gigli e Baroni**, Suture profonde amovibili. Cura delle ernie inguinali senza fili perduti. Settimana med. delle sperimentale 1897. Oktober 6.

5) **Jonnesco**, Ein neues Verfahren für die Radikaloperation der Leistenbrüche ohne verlorene Faden. Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 3.

6) **Link**, Eine neue Nahtmethode bei der Radikaloperation der Hernien ohne bleibend versenkte Nähte. Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 12.

7) **Gauthier**, Soc. de chir. Paris 1899. März 5. Comunication du prof. **Berger**.

(Aus der chirurg. Abtheilung des Alt-Katharinenhospitals zu Moskau.)

II. Zur Gastroenterostomie nach der Methode von Podrez.

Von
N. A. Sokoloff.

Im Herbst 1898 veröffentlichte Podrez eine neue vereinfachte Methode der Gastroenterostomie, welche darin bestand[1], das 2 sich kreuzende Ligaturen durch die Wände der an der Anastomosenbildung betheiligten Organe gelegt und zugeschnürt wurden. 9 Thierversuche erweckten in ihm die Überzeugung, dass bei dieser Methode stets die gewünschte Anastomose zu Stande komme, ja bei einem Menschen, welcher 16 Tage nach der Operation starb, war ebenfalls Anastomose eingetreten.

Die Operation ist nach Podrez sehr einfach und kann von jedem Chirurgen in kürzester Zeit ausgeführt werden, was den Pat. zu Gute kommt; die Operation dauert nur einige Minuten, der operative Chok wird vermieden, die Anastomose tritt in 2—4 Tagen ein.

Die Einfachheit des Eingriffs hatte etwas Bestechendes, und so beschloss ich in meinen Fällen, die so warm empfohlene Methode anzuwenden.

Nachdem ich bereits 3 Gastroenterostomien ausgeführt hatte, erschien eine Arbeit von Warneck und Kisselew[2], welche an Hunden experimentirt hatten. In 6 Fällen trat die erwartete Anastomose nicht ein, obwohl die Sektion der Hunde in verschiedenen Zeitpunkten, von $4^1/_2$—24 Tagen gemacht worden war. Podrez beantwortete diese Mittheilung mit einem an den »Wratsch« (1899 No. 1) gerichteten Schreiben, in welchem er seiner Verwunderung über diese unerwarteten und unverständlichen Resultate Ausdruck gab. Er selbst hat seit seiner ersten Publikation 4mal operirt und 2mal das Vorhandensein der Anastomose durch die Sektion bestätigt. Den Misserfolg von Warneck und Kisselew suchte Podrez durch Außerachtlassung gewisser Bedingungen beim Experiment zu erklären. Die in die Ligatur einbezogene Wandpartie darf nicht kleiner als 1—2 cm sein, sonst wird die Fistel zu klein und lässt die Speise nicht durch, namentlich wenn der abführende Theil des Magens offen ist; ferner muss die Ligatur durch die ganze Dicke der Wand geführt werden, was ja selbstverständlich ist. Drittens, was besonders wichtig ist, muss fest zugezogen werden; im entgegengesetzten Falle kann es zu keiner Anastomose kommen. Zum Schluss meint Podrez, er hätte einen Einwand nach einer ganz anderen Richtung hin er-

---

[1] v. Langenbeck's Archiv Bd. LVII. Hft. 2.
[2] Chirurgia 1899. Februar. (Russisch.)

wartet; nicht etwa in Bezug auf das Nichtzustandekommen, sondern eine sekundäre Verengerung der Fistel. Desshalb empfiehlt er eine neue Modifikation seiner Methode. Statt der 2 gekreuzten Nähte legt er 4 Ligaturen durch die Wände der beiden Organe derart, dass beim Zuziehen derselben ein 4—6 qcm großes Wandstück umgrenzt wird. Mein 4. Fall wurde nach dieser Modifikation operirt. Seitdem erschien eine weitere Mittheilung von Schalita[3], welcher, auf 2 operative Fälle gestützt, sich für die Methode von Podrez ausspricht. Schalita empfiehlt die Länge der in die Ligatur einbezogenen Wand bis auf 3 cm auszudehnen, im Übrigen steckt er der Methode weite Grenzen, die vorläufig sonderbarerweise sich auf die malignen Pylorusstrikturen beschränken sollen.

Dieses Alles veranlasst mich, die Grenzen des genannten operativen Verfahrens ein wenig enger zu stecken. Man kann nicht umhin, Warneck und Kisselew zuzugeben, dass ihre negativen Resultate von großer Bedeutung sind. Dieselben beweisen zur Evidenz, dass die Methode Podrez nicht immer zur Anastomose führt. Ich erwähnte bereits, dass ich 4mal am Menschen diese Methode auszuführen Gelegenheit hatte und halte es desshalb für angezeigt, meine Resultate der Öffentlichkeit zu übergeben.

Im ersten Falle wurde die Gastroenterostomie an einer 51jährigen Pat. mit großem Pylorustumor ausgeführt, welcher den Durchtritt der Nahrung vollkommen verhinderte. Die Operation war in technischer Beziehung sehr leicht. Ich begnügte mich jedoch nicht mit der gekreuzten Ligatur, sondern umgab dieselbe mit einer Nahtreihe, welche die Stelle, wo die Ligaturen saßen — und so auch die zukünftige Anastomose — abschlossen. Obendrein wandte ich noch die Suspension der Dünndarmschlinge nach Kappeler[4] an der Magenwand an. In operativer Hinsicht verlief der Fall vollkommen glatt, und klinisch ließen sich die Symptome der Anastomosenbildung verfolgen. Am 8. Tage bekam die Kranke eine Pneumonie, welcher sie am 13. Tage post operat. erlag. Bei der Sektion fanden wir eine Kommunikationsöffnung, die 1 cm maß. An ihr haftete eine Ligatur, die andere hatte sich offenbar abgestoßen. Mikroskopisch erwies sich der Fall als Scirrhus ventriculi.

Im zweiten Falle wurde die Gastroenterostomose an einem 31jährigen Kranken gemacht, welcher klinisch die Zeichen eines Pyloruskrebses darbot. Die Operation wurde wie im ersten Falle ausgeführt; sie schaffte dem Kranken jedoch keine Erleichterung. Das Erbrechen dauerte fort, und Pat. starb nach $4\frac{1}{2}$ Tagen. Auch in diesem Falle war der postoperative Verlauf tadellos. Nähte trocken. Die Sektion ergab einen großen Tumor, welcher sich als Lymphosarkom des Magens erwies. Bei der Untersuchung der Anastomosenstelle suchte ich vergeblich nach einer Kommunikationsöffnung. Eine solche fehlte, obwohl die Ligaturen die ganze Dicke der Wandungen mit einbezogen. Sie waren ins Gewebe eingeschnitten und konnten nur schwer zwischen den Falten des Magens gefunden werden. (Der Fall wird demnächst ausführlicher in der Berliner klin. Wochenschrift beschrieben werden.)

An demselben Tage wurde die gleiche Operation an einem 47jährigen Manne mit Pylorusstenose ausgeführt. Ein Tumor wurde erst bei der Operation gefunden, da derselbe sich unter dem linken Leberlappen verbarg. Der Fall verlief vollkommen regelmäßig, ohne jede Temperaturerhöhung und bot klinisch die Symptome der eingetretenen Kommunikation dar. In der ersten Zeit besserte sich der

---

[3] Wratsch 1899. No. 7. (Russisch.)

[4] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX.

Zustand des Pat. zusehends, bald aber nahm die Erschöpfung zu, und Pat. ging am 43. Tage post operat. zu Grunde. Die Sektion ergab eine vollkommen geheilte Operationswunde, feste Verwachsung der Dünndarmschlinge mit dem Magen, einen Pylorustumor, welcher nach der Magenhöhle hin zerfallen war, aber trotzdem den Pylorus verengte, so dass nur der kleine Finger mit Mühe passiren konnte. Als ich die Falten aus einander schob, fand ich die beiden gekreuzten Ligaturen sowohl vom Magen als vom Darm aus in situ. Über ihnen sah ich Narben in der Schleimhaut. Die Ligaturen lagen ziemlich frei in situ und konnten leicht zu einer Schlinge angezogen werden. Eine Kommunikation bestand nicht. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Adenocarcinom.

Im vierten Falle wurde die Operation an einem 43jährigen Pat. mit narbiger Pylorusstenose gemacht, welche sich an eine Schwefelsäurevergiftung angeschlossen hatte, wegen derer Pat. am 9. December 1898 das Spital aufgesucht hatte. Nachdem die ersten stürmischen Erscheinungen vorübergegangen waren, bot Pat. das Bild einer sich allmählich entwickelnden narbigen Striktur dar, welche im Februar 1899 einen derartigen Grad erreichte, dass jegliche Nahrung sofort wieder erbrochen wurde. Am 15. Februar 1899 wurde die Gastroenterostomie nach der zweiten Modifikation von Podrez ausgeführt, derart, dass vermittels 4 Ligaturen ein viereckiges Stück der Wand ausgeschaltet wurde. Der Magen war so sehr geschrumpft und verwachsen, dass man nur mit Mühe den zur Anastomose nöthigen Theil des Magenfundus herabziehen konnte. Der ganze Pylorustheil war tief nach links herabgezogen und derart verwachsen, dass von einer Untersuchung desselben keine Rede sein konnte. Der gesammte Magen war nicht größer als eine Mannsfaust. Nach Anlegung der Ligaturen musste man sich auf eine einfache Umnähung der Anastomosenstelle beschränken, von einer Suspension à la Kappeler musste aus Raummangel abgesehen werden.

Wie in den vorhergehenden Fällen ist auch hier die Gastroenterostomia anterior nach Wölfler gemacht worden. Pat. überstand die Operation gut. Die Wunde heilte rasch, und allmählich stellte sich bei dem Pat. offenbar eine Kommunikation zwischen Magen und Darm ein. Pat. isst viel, allerdings in kleinen Portionen, nimmt rapid an Gewicht zu und heute (am 55. Tage nach der Operation) macht er den Eindruck eines vollkommen gesunden Individuums.

So hätte ich denn 4 Fälle, welche nach Podrez operirt worden sind, 3 nach der ersten, 1 nach der neuen Modifikation. Unter den 3 ist 2mal keine Kommunikation entstanden. Alle Bedingungen, welche Podrez für das Zustandekommen einer solchen fordert, waren vorhanden. In allen Fällen umfassten die Ligaturen mehr als 2 cm Wandung, in allen Fällen durchdrangen sie die ganze Dicke der Wandung und wurden sie mit aller Kraft zusammengezogen, in allen Fällen endlich war eine Pylorusstenose vorhanden — mithin waren alle Vorbedingungen vorhanden; und dennoch blieb die Anastomose aus.

Daraus folgt der logische Schluss, dass bei der in Frage kommenden Methode am Menschen nicht immer eine Kommunikation zu Stande kommt, ganz so wie dieselbe in den Experimenten Warneck's und Kisselew's nicht immer eintrat. Wir sind daher berechtigt, des Weiteren zu schließen, dass diese Methode am Krankenbett keine Existenzberechtigung hat. Weitere Experimente müssen Aufklärung darüber verschaffen, wesshalb nicht in allen Fällen eine Kommunikation eintritt. Ich kann meinerseits darauf hinweisen, dass diese Methode von der Erwägung ausgeht, als müssten alle von der Ligatur umgebenen Wandschichten a tempo absterben. Wir wissen aber

aus den Versuchen von Reichel, dass Serosa und Muscularis bei Einklemmungen[5] unter günstigeren Bedingungen sich befinden, als die Mucosa, dass ihr Gefäßsystem viele Anastomosen aufweist, welche in der Mucosa schwächer ausgebildet sind, dass andererseits das Darmepithel, ganz wie das Nierenepithel, bei Absperrung der Blutzufuhr rasch zu Grunde geht. Garrè[6] weist ebenfalls darauf hin, dass bei der elastischen Einklemmung die Schleimhaut zuerst der Nekrose anheimfällt. Allerdings begegnet man auch der entgegengesetzten Ansicht; für mich genügt aber, dass in der strittigen Frage Hinweise auf ein nicht gleichzeitiges Nekrotisiren der Darmwandschichten (vielleicht auch des Magens) bei Einklemmungen laut werden. Wenn wirklich die Mucosa nach Zuschnürung der Ligatur als erste zu Grunde geht, bevor noch Gangrän der Muscularis und Serosa eingetreten ist, so wird die Ligatur, nachdem die Mucosa durchschnitten ist, lose werden und, bei den tieferen Schichten angekommen, nicht mehr die nekrotisirende Wirkung ausüben; diese werden sich Dank der reichlichen Gefäßversorgung bald erholen. Desshalb sahen wir auch die Ligatur, die lose in situ lag und die tieferen Schichten nicht durchschnitt, desshalb begegneten wir auch der Narbenbildung in der Mucosa.

Ob das in Wirklichkeit so ist, das kann ich allerdings zunächst noch nicht beweisen, darauf müssen zukünftige Thierexperimente antworten. Für mich steht ein Faktum außer Zweifel, dass bei der Methode Podrez am Menschen nicht immer eine Anastomose erreicht wird. Mein vierter Fall spricht gewissermaßen zu ihren Gunsten, wenigstens ist hier offenbar eine Kommunikation eingetreten; aber auch bei der ersten Modifikation ist solches, sowohl bei Podrez als auch Schalita und bei mir der Fall gewesen; trotzdem müssen wir eine Garantie haben, dass bei einer neuen Modifikation eine Anastomose in allen Fällen eintritt.

Wenn einerseits vom theoretischen Standpunkt aus die neue Modifikation größere Garantien bieten muss, so lassen sich andererseits auf sie dieselben Erwägungen, das nicht gleichzeitige Gangränesciren der eingeschnürten Darmwandschichten betreffend, anwenden; außerdem gestaltet sich auch die Operation zu einer technisch viel schwierigeren.

Wir sind daher nicht berechtigt, bevor wir eine genügend große Anzahl experimenteller Untersuchungen über die zweite Modifikation haben, dieselbe am Krankenbett anzuwenden. Wir müssen uns bis dahin an die althergebrachten Methoden halten, welche allein in allen Fällen von dem gewünschten Erfolg begleitet sein werden und welche weder das Gelingen der Operation, noch das Leben der Kranken von verschiedenen noch dunklen Bedingungen abhängig machen.

---

[5] Reichel, Die Lehre von der Brucheinklemmung. 1886.
[6] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. IX.

In der Sitzung der chirurgischen Gesellschaft in Moskau vom 23. März 1899 wurde gelegentlich meiner diesbezüglichen Mittheilung auch von Dr. Fedoroff gleichfalls über Resultate einschlägiger Experimente an Hunden berichtet. Auch er erzielte unbestimmte Resultate. Eine Anastomose trat manchmal wohl ein, häufiger aber blieb sie aus, und manchmal schnitt die Ligatur durch, so dass der Dünndarm vom Magen abriss.

Dies Alles giebt mir ein Recht, mich nochmals gegen die Anwendbarkeit der Methode Podrez am Menschen auszusprechen.

Moskau, April 1899.

---

1) **I. Boas.** Über die Ausspülung des Ösophagus.

(Therapie der Gegenwart 1899. Hft. 3.)

B. empfiehlt die Spülung und Auswaschung der Speiseröhre zur Entfernung bezw. Lockerung von Fremdkörpern, bei Divertikeln, zur Entleerung von Schleim, zur Entfernung zerfallener, gangränöser Massen, von Nahrungsresten oberhalb Stenosen etc. Die Technik seiner Methode schließt sich in ihrem Wesen eng an die der Magenausspülung an. Bei durchgängiger Speiseröhre wird der Abschluss gegen den Magen durch einen kleinen, mit Luft oder Wasser aufblähbaren Kondom hergestellt; dieser ist am Ende eines, in die Sonde eingeführten und in dessen Lichtung verlaufenden 2. Katheters angebracht. Zur Spülung dienen warme Kochsalzlösungen, auch Lösungen von Kalkwasser, Emser Salz, Borax, Soda etc.; die Spülung wird Anfangs täglich, später 2—3mal wöchentlich vorgenommen.

Gross (Straßburg i/E.).

---

2) **G. Krönig.** Vorsichtsmaßregeln bei der Sondenbehandlung der durch Ätzgifte verschorften Speiseröhren- und Magenschleimhaut.

(Therapie der Gegenwart 1899. Hft. 3.)

Die schonende Sondirung der Speiseröhre erreicht K. dadurch, dass er vorher, nach Einführung eines Nélaton-Katheters, 20—30 ccm warmen Öls unter mäßigem Druck in und durch sie einspritzt; die Ausspülung des Magens wird bei annähernd horizontaler Lage und nur leicht erhobenem Kopf der Pat. vorgenommen, die Spülflüssigkeit unter möglichst niedrigem Druck eingeführt, in Quantitäten, deren einmalige Dosis nicht mehr als $^1/_4$—$^1/_3$ Liter betragen soll.

Gross (Straßburg i/E.).

---

3) **T. Rosenheim** (Berlin). Einige Behandlungsmethoden bei Speiseröhrenerkrankungen.

(Therapie der Gegenwart 1899. Hft. 2.)

Die Sondenbehandlnng des Speiseröhrencarcinoms ist allenfalls da von Nutzen, wo kurze, harte Strikturen mit geringer Ulceration der

Schleimhaut vorliegen. Sonst vermeidet R. nach sicher gestellter Diagnose jede Reizung des Carcinoms durch das mechanisch dilatirende Verfahren, zumal so lange die Kranken im Stande sind, flüssige und breiige Kost anstandslos zu schlucken. Die Schluckfähigkeit lässt sich sehr oft dadurch bessern, dass die Reizbarkeit des Organs herabgesetzt wird. R. erreicht dies durch lokale Ätzung bezw. Anästhesirung (Eucain, Arg. nitricum), seltener durch Darreichung von Morphium; auch gelang in einzelnen Fällen die Freiwerdung des Weges durch Ätzung der in die Lichtung vorspringenden Wucherungen. Bevor man sich zur Gastrostomie, als letztem Hilfsmittel, entschließt, soll man noch versuchen, den Kranken allein mit Nährklystieren zu ernähren. Manchmal wird nach wenigen Tagen der Ruhe der Weg wieder frei. Die Sondenbehandlung tritt in ihr Recht bei Narbenstrikturen und Kompressionsstenosen. Die Injektion von Arg. nitricum (1—4 %ige Lösung) mittels einer eigenen, von R. angegebenen Ösophagusspritze hat Verf., wie beim Carcinom, so auch bei nervösen und entzündlichen Reizzuständen der Speiseröhre mit sehr gutem Erfolg angewandt. **Gross** (Altona).

---

4) **Kelling.** Endoskopie für Speiseröhre und Magen. Gegliedertes Gastroskop mit rotirbarem Sehprisma.

(Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 49 u. 50.)

K. hat gegenüber den mancherlei Nachtheilen der Probelaparotomie bei Magenkrankheiten von der von ihm für fast gefahrlos bezeichneten Gastroskopie eine hohe Meinung. Er bespricht zunächst den Werth der für letztere gebräuchlichen Apparate, unter denen er die winklig gebogenen den geraden vorzieht, und des Genaueren sodann ein von ihm konstruirtes neues Gastroskop, das, biegsam eingeführt, nachher auf leichte Weise in eine starre gerade Form gebracht werden kann. Dass mit diesem ein recht wesentlicher Fortschritt gemacht ist, unterliegt keinem Zweifel. Seine ausführliche Beschreibung und die Schilderung der Methode seiner Einführung bildet den Haupttheil der Abhandlung, auf die hiermit hingewiesen sei. **Kramer** (Glogau).

---

5) **Auché** et **Chavannaz** (Bordeaux). Infections péritoneales bénignes d'origine opératoire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. December.)

Die Verff. untersuchten in mehreren Fällen von Laparotomie die Peritonealflüssigkeit auf ihren Keimgehalt. In einer ersten Untersuchungsreihe wurde der blutige Inhalt mit Pasteur'schen Pipetten am Ende der Operation aspirirt; in einer anderen zu Beginn der Operation; im 1. Falle wurde am Anfang und am Ende der Operation aspirirt. Die Ergebnisse waren folgende:

1) In allen Fällen der ersten Serie (am Ende der Laparotomie) konnte der Staphylococcus albus gezüchtet werden.

*

2) Die Infektion wird sicher durch den Operationsakt verschuldet, da alle Proben der zweiten Serie steril blieben.

3) In 3 Fällen, in denen Drainage angewendet wurde, haben die am 3.—5. Tage nach der Operation aspirirten Proben Staphylococcus albus und aureus ergeben.

4) Wie aus den Kulturen hervorgeht, war die Menge der Mikroben stets eine geringe.

5) Die durch Aussaat erhaltenen Reinkulturen, in Menge von 1 ccm ins Bauchfell von Kaninchen gebracht, führten weder zum Tode noch überhaupt zu einer allgemeinen Reaktion.

6) Es ist anzunehmen, dass sehr oft, trotz aller Vorsichtsmaßregeln, die Bauchhöhle während der Operation inficirt wird, dass eine derartige Infektion aber gutartig bleiben kann, wie der Verlauf der von A. und C. geprüften Fälle der Serie I beweist, die sämmtlich heilten.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

6) **Chauvel.** De l'appendicite dans l'armée.

(Bull. de l'acad. de méd. 1899. Sitzung vom 24. u. 31. Januar, 7. u. 24. Februar, 7. u. 31. März.)

C. berichtet über 171 Fälle von Epityphlitis, die in den letzten 3 Jahren in der französischen Armee zur Beobachtung kamen. 83 Fälle wurden innerlich, 88 chirurgisch behandelt. Vortr. hält die interne Therapie für berechtigt; die chirurgische hat einzusetzen, sobald man eine Eiteransammlung vermuthen kann. Sie hat sich im großen Ganzen auf die Entleerung des Eiters zu beschränken.

Dieulafoy tritt gegen diese Ansicht auf. Die interne Therapie der Epityphlitis muss ganz verlassen, die Operation früh gemacht werden, noch ehe es zur Ausbildung eines toxisch-infektiösen Herdes kommt.

Reclus bekennt sich in seiner Mittheilung ganz zu dem Standpunkt Dieulafoy's. Letzterer warnt unter Aufführung mehrerer Fälle vor der Täuschung, die durch das plötzliche Nachlassen der alarmirenden Symptome hervorgerufen werden kann. Durch Opium, Eis etc. können die Schmerzen verdeckt, das Erbrechen hintangehalten werden, und trotzdem ist die Besserung nur eine scheinbare, wie der gespannte Leib, der beschleunigte Puls zeigt. Solche Fälle müssen ebenfalls möglichst schnell operirt werden.

Tillaux nimmt eine viel gemäßigtere Stellung ein; er empfiehlt die Entfernung des Wurmfortsatzes nach den ersten Anfällen.

Borchard (Posen).

---

7) **P. Steffens.** Über mehrfache Laparotomien an denselben Personen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

Verf. erörtert die nach Laparotomien zurückgebliebenen Bauchfellverwachsungen und deren Folgeerscheinungen (Ileus). Die Ursache der Verwachsungen sieht er in erster Linie in dem Auftreten lokaler, mehr oder weniger ausgebreiteter Peritonitiden, ferner in Schä-

digungen des Bauchfells und längei dauernder Ruhigstellung des Darms. Zur Vermeidung der Verwachsungen soll dafür gesorgt werden, dass die Serosaflächen, vor Allem der Därme, während des Operirens mög-lichst wenig in Berührung mit Händen, Instrumenten etc. gelangen (Beckenhochlagerung), und dass größere Endothellücken und Wundflächen mit Bauchfell überkleidet werden; dagegen hält Verf. es für gleichgültig, ob man trocken oder feucht aseptisch operirt. In der Nachbehandlung ist ferner die Anwendung von Opium der Regel nach zu verwerfen; wo der Darm nicht verletzt war, sollen vielmehr, event. schon nach 12 Stunden, anderenfalls frühestens nach 10 Tagen Abführmittel in Anwendung kommen. **Honsell** (Tübingen).

---

8) **W. Koch.** Die angeborenen ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des menschlichen Darms. Erste Abhandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 1.)

K. macht in der vorliegenden Arbeit den Versuch, die angeborenen Darmabnormitäten, für deren Ordnung einheitliche wissenschaftliche Gesichtspunkte zu gewinnen er sich jahrelang vergeblich bemüht hatte, vom Standpunkt der vergleichenden Anatomie und Entwicklungsgeschichte zu beleuchten und erklären. Die Darmanomalien enthalten gewisse, als typisch anzusprechende »Thierähnlichkeiten«, Stadien entsprechend, die der menschliche Darm entwicklungsgeschichtlich normal durchmachen muss, die aber bei Thieren als dauernde Einrichtungen sich wiederfinden, wie dies Klaatsch, auf welchen K. sich bezieht, sehr verdienstlich nachgewiesen hat. Zur Verdeutlichung dieser an Darwinismus mahnenden Theorie, deren Wissenschaftlichkeit zu Tage liegt, deren Verständnis aber wenig allgemein verbreitete Vorkenntnisse erfordert giebt K. einen Abriss des über die ersten Entwicklungszustände des menschlichen Darms Bekannten nebst einigen embryologischen Illustrationen. »Im Anfang ist der Gesammtdarm nicht minder als sein Gekröse geradläufig, vor der Wirbelsäule belegen, worauf er in den Ductus omphalo-mesaraicus sich hineinbegiebt und dann nach Lösung von letzterem, als Mitteldarm, geschlängelt, in der oberen und mittleren Bauchregion sich ausbreitet, als Enddarm aber, einschenkelig geknickt, beziehentlich zweischenkelig, in der unteren Bauchhälfte Platz nimmt. Das Weitere wäre, dass der absteigende Schenkel dieses Enddarms links hinten bleibt, der aufsteigende Schenkel als Bogen über den Dünndarm hinüberwandert. Dabei verbindet er sich nach einander mit dem Zwölffingerdarm, mit dem Magen, der Leber und Niere, endlich rechts mit der hinteren Bauchwand, bis er schließlich, Blinddarm voran, auf der rechten Darmschaufel Halt macht, hier sich dauernd zu binden.« K. bespricht sodann näher eine Reihe von »Anomalien, welche das menschliche Nabelschleifenstadium festhalten und damit an primitive Zustände der Säugethiere erinnern«, zunächst 1) die Nabelschnurhernie, dann

2), 3), 4) etliche bemerkenswerthe anatomische Befunde von Treitz, Gruber, Toldt, Marchand, Tandler u. A., in denen es sich um ein Mesenterium commune, beziehentlich um einen nur zweiachsigen, unter dem Dünndarm belegenen oder größtentheils in der linken Bauchhälfte verbliebenen Dickdarm handelt (vgl. die Abbildungen). 5) führt K. die Entstehung gewisser Dickdarmbrüche auf die frühe Zeit des Schleifenstadiums zurück. Er giebt eine kleine Sammlung seiner Ansicht nach hierher gehöriger Kasuistik.

K. stellt nicht nur Fortsetzungen seiner Arbeit aus der eigenen Feder, sondern auch verschiedene weitere Arbeiten seiner Schüler über verwandte Gegenstände in Aussicht. Unser Referat konnte nur den uns am wichtigsten scheinenden Theil des Gedankengangs wiedergeben; das interessante, aber nicht leicht lesbare Original ist damit nicht annähernd erschöpft. Zu bemerken ist aber, dass, wenn, wie K. will, für menschliche Darmanomalien Thierähnlichkeiten nicht nur mit Mammalien, sondern auch mit Prämammalien und noch tiefer stehenden Klassen, mit Vögeln, mit Knochenfischen, Amnioten oder gar Amphibien, Nematoden, Mollusken und Tracheaten gesucht werden sollen, diese Thiere, wie K. selbst sagt, einstweilen noch »schlechter als fragmentarisch« beschrieben sind, insbesondere aber »die postcoecale Darmpartie der Thiere detaillirt nicht studirt zu sein scheint«, so dass es eigentlich an dem Material einer exakten Vergleichung einstweilen noch gebricht. Doch bleibt das Grundprincip der K.'schen Darstellung geistreich und verdienstlich und kann auch vielleicht noch seinen von K. beabsichtigten praktischen Zweck erreichen, nämlich eine »weitere Grundlage zu schaffen für die Klinik jener unregelmäßigen Lagen und Formen des menschlichen Darms, welche angeboren sind«. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

9) **Rotter.** Über die modernen Indikationen zur Radikaloperation freier Hernien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 7.)

Nach Besprechung und kritischer Beleuchtung der verschiedenen in Betracht kommenden Operationsmethoden bei freien Hernien und des gegenwärtigen Standes der Indikationsfrage auf Grund der neueren Litteratur und seiner eigenen Erfahrungen kommt R. zu dem Schluss, dass man die Radikaloperation nicht bloß dann vornehmen soll, wenn ein Bruch irreponibel ist oder durch ein Bruchband nicht zurückgehalten werden kann, sondern dass man sie schon bei reponiblen und zurückhaltbaren Brüchen empfehlen darf, wenn Jemand aus Bequemlichkeitsrücksichten das Bruchband loszuwerden wünscht.

Von den Operationsmethoden erachtet R. die Bassini'sche als die theoretisch am besten fundirte, die auch praktisch mehr geleistet hat als alle anderen Methoden, nachdem sie Dauerresultate mit nur 1—2% Recidive aufweist und die Operationsmortalität nur zwischen 0,3—0,5 schwankt. **Gold** (Bielitz).

---

10) Aprosio. Sulla inutilità delle suture inguinali.

(Giorn. med. del. R. esercito 1898. No. 11. Ref. nach Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 7.)

In Bassini's Klinik, wo stets aseptische Seide verwandt wird, kamen niemals Eiterungen der Stichkanäle vor bei der Operation der Hernien. Es liegt desshalb kein Grund vor, von der Bassini'schen Operation abzuweichen. **Dreyer** (Köln).

---

11) M. Pfaundler. Zur Frage der sogenannten congenitalen Pylorusstenose und ihrer Behandlung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 45.)

Anlässlich eines von Stern (Düsseldorf) operirten Falles von angeborener Pylorusenge bei einen fünfwöchentlichen Kinde (Gastroenterostomie) mit tödlichem Ausgang (Kongressbericht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1898 in diesem Blatt p. 122) weist P. darauf hin, dass an Säuglingsleichen der Pylorus vollkommen gesunder Magen das Aussehen und die Beschaffenheit einer ringförmigen Geschwulst aus hyperplastischen Wandungsgebilden gewinnen kann, welcher den Verdauungsschlauch bis zum Verschwinden der Lichtung verengt. Von verschiedenen Autoren wurden anatomische und histologische Bilder beschrieben, welche sich mit den an solchen systolischen Mägen gewonnenen durchaus decken. Klinisch giebt es im frühen Säuglingsalter Krankheitsbilder, welche auf eine bestehende Pylorusstenose hinweisen. Ein pathologisches Substrat für diese Erkrankungsform ist nicht bekannt, vielmehr scheint es höchst wahrscheinlich, dass es sich hierbei um eine rein funktionelle Erkrankung, einen Spasmus des Pylorusrings handle. Verf. verurtheilt mit Recht auf das strengste die therapeutischen Maßnahmen, die Stern in seinem Falle getroffen hat und empfiehlt lokal zu applicirende, narkotische Mittel, Anodisirung, feuchtwarme Umschläge, protrahirte Bäder und besonders systematische Magenspülungen, weil letztere eine specifische erschlaffende Wirkung auf den Tonus der Magenwand bei Säuglingen haben. **Hübener** (Breslau).

---

12) Tuffier. Traitement chirurgical des rétrécissements du pylore.

(Presse méd. 1898. No. 13.)

Verf. fasst in dieser Arbeit seinen Standpunkt hinsichtlich der chirurgischen Behandlung der Pylorusstenose dahin zusammen, dass er die Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz im Allgemeinen verwirft; sie sei nur bei kurzen narbigen Stenosen zu gebrauchen.

Verf. führt stets die Gastroenterostomie aus, und zwar in neuerer Zeit nur die hintere nach v. Hacker. Die Pat., welche er wegen Krebs operirt hat, sind sämmtlich ihrem Leiden erlegen. Von 9 wegen gutartiger Stenose Operirten hat T. nur einen verloren.

Die Rückkehr der motorischen Funktion des Magens und seines Chemismus nach der Operation, wie die Besserung des subjektiven

Befindens der Pat., das Aufhören des Erbrechens und der Schmerzen, die Wiederherstellung der Kräfte und des Appetits sind die unmittelbaren Resultate der segensreichen Operation.

Tschmarke (Magdeburg).

---

13) **Roll.** Cancer pylori. Roux' Operation.

(Norsk Mag. for. Lägevid. 1898. No. 8.)

R. referirt über einige neuere Statistiken Betreffs Resectio pylori und Gastrojejunostomie; die Resektion bei Cancer pylori giebt ca. 40% Mortalität und bei gutartigen Stenosen 10—15% weniger. R. glaubt, dass die Gastroduodenostomie an dieser weniger guten Mortalität bei Krebs Schuld ist, weil die Vereinigungslinie unter größerer Spannung steht, indem ein größeres Stück vom Magen weggenommen werden muss, und weil, wie er glaubt, die Vereinigungslinie oft vorn vor die Wirbelsäule zu liegen kommt, wodurch die Ausleerung des Magens erschwert wird. Bei der Gastrojejunostomie zeigt die Statistik bei gutartigen Leiden eine Mortalität von ca. 15%. R. bespricht danach die Todesursachen bei Magenoperationen, besonders die Regurgitation (circulus) bei der Gastrojejunostomie, und was gemacht ist, um der letzteren vorzubeugen. Das Ideal findet er in Roux' Operation, nach welcher Methode er im Oktober 1897 einen Fall von Cancer pylori operirt hat. Es wurde Murphy's Knopf sowohl zur Gastrojejunostomie als zur Jejuno-jejunostomie angewendet unter Beifügung einiger Serosasuturen. Ein Gazetampon wurde eingelegt. Die 50jährige Pat. bekam nach der Operation Bronchitis und später doppelseitige Lungenentzündung und Darmfistel. Die Fistel war nach 6 Wochen geschlossen und Pat. geheilt.

Malthe (Christiania).

---

14) **L. Lipman-Wulf.** Über Spiegeluntersuchung des Mastdarms.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 8.)

Verf. unterzog die von Walther J. Otis aus Boston angegebene Methode der Inspektion des Mastdarms (s. Wiener klin. Wochenschrift 1897 und Referat in diesem Blatte in No. 24 Jahrgang 1898), welche einige Hindernisse bei den alten Untersuchungsmethoden beseitigt, an einer Reihe von Pat. mit und ohne Mastdarmaffektionen einer eingehenden Nachprüfung. Otis, welcher bei seiner Untersuchungsmethode vor Allem Rücksicht auf die eigenartigen anatomischen Verhältnisse des Mastdarms nimmt, unterscheidet einen oberen, beweglichen, vom Bauchfell umgebenen Theil, einen mittleren festen Mastdarmabschnitt, der der Krümmung des Kreuzbeins entsprechend mit Konkavität nach vorn verläuft, und einen unteren, nach vorn konvexen sog. Perinealtheil, und räth diese Abschnitte bei verschiedener Lagerung des Kranken und mit verschiedenen, zweckentsprechenden Spiegeln getrennt von einander zu untersuchen.

Nach Verf. leistet die Methode Otis' das, was sie verspricht. Sie ermöglicht mit den von Otis konstruirten und empfohlenen Instrumenten bei richtiger Lagerung des Pat. sämmtliche Partien des Mastdarms dem Auge nahe zu bringen. Besonders die Inspektion des mittleren Mastdarmabschnitts mit dem zweiklappigen flügelförmigen Spiegel in Knie-Brustlage gestattet es, eine geräumige Höhle zu übersehen, nicht nur eine kleine flächenhafte Partie der Schleimhaut, welche sich, wie bei den früheren Untersuchungsmethoden, gerade in die Öffnung des Spiegels einstellt. Die Instrumente für den mittleren und oberen Mastdarmabschnitt sind jedoch nur dann verwendbar, wenn die Sphinkteren — am besten nach Schleich — anästhetisch gemacht werden, weil deren gewaltsame Dehnung und Zerrung den Kranken zu große Schmerzen bereitet. **Gold** (Bielitz).

Kleinere Mittheilungen.

15) **Kelling.** Demonstration der Besichtigung der Speiseröhre mit biegsamem Instrument.

(Sonder-Abdruck aus Allgemeine med. Centralzeitung 1898. No. 65.)

K. hat ein Ösophagoskop konstruirt, welches biegsam eingeführt und dann in eine haltbare gestreckte Form gebracht wird. Man kann das Instrument in verschiedener Länge anfertigen. Die Untersuchung mit demselben ist ungefährlich, wenn sie von sachverständiger geübter Hand ausgeführt wird. Therapeutisch käme seine Anwendung in Betracht:

1) bei der Extraktion von Fremdkörpern unter Leitung des Auges,
2) bei der Sondirung von Strikturen unter Leitung des Auges,
3) für das Einlegen von Laminariastiften und erweiternden elastischen Drains, so wie von Dauerkanülen,
4) bei Pinselungen, Ätzungen und galvanokaustischen Processen.

F. Hansen (Herborn).

16) **W. J. Rasumowsky.** Ein Fall von Mediastinitis acuta purulenta postica nach Schussverletzung des Ösophagus. Heilung.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. No. 2.)

Ein 12jähriger Knabe erhielt einen Revolverschuss, während er vornübergebeugt saß. Einschussöffnung am Innenrand des M. sternocleidomastoideus sin. in der Höhe des Ringknorpels. Blutung gering, doch sofort Schlingbeschwerden. Nach einigen Tagen hinten zwischen linkem Schulterblatt und Wirbelsäule Dämpfung, geschwächtes Athemgeräusch und Rasseln. Nach 3 Wochen Schlucken ganz unmöglich. Daher am 25. März 1897 Ösophagotomie. Der Schusskanal durchsetzt den Sternohyoideus und Sternothyreoideus und die Schilddrüse. Nach Eröffnung des tiefen Blattes der Halsaponeurose ergoss sich eine Menge stinkenden Eiters mit Speisetheilen. Die Abscesshöhle lag im hinteren Mediastinum vor der Wirbelsäule und erstreckte sich nach unten über 15 cm. Beim Versuch, die Höhle zu spülen, Asphyxie. An der Vorderseite des 3. Brustwirbels eine Furche; es wird ein Knochensplitter entfernt, das Geschoss aber nicht gefunden. An der Speiseröhre fand man keine Wunde, nur eine Abschürfung; die angelegte Speiseröhrenwunde wird mit der Hautwunde vernäht. Verweilsonde in den Magen, 2 Drains in die Höhle, Trendelenburg'sche Lagerung. Erst nach 1 Monat wird die Temperatur normal. Spülung der Wundhöhle ist nur bei Knie-Ellbogenlage und angehaltenem Athem möglich, sonst geräth die Flüssigkeit durch eine Perforation in die Bronchien; diese Kommunikation schloss sich erst im November.

Die Trendelenburg'sche Lagerung wurde $1^{1}/_{2}$ Monate eingehalten, die Sonde erst im December weggelassen, bis dahin wurde sie jede 2—3 Wochen gewechselt. Im September wurde eine ziemlich starke Blutung aus Mund und Wunde beobachtet, wahrscheinlich aus einem nicht besonders großen Lungengefäß. Die Drains wurden Ende November entfernt. Im Februar 1898 wieder etwas Blut im Auswurf; im März wird die Speiseröhrenfistel verschlossen, und der Knabe vollständig geheilt entlassen. — R. glaubt, dass die Wunde der Speiseröhre in der Höhe des 3. Brustwirbels lag; das gute Resultat schreibt er der lange Zeit systematisch durchgeführten Behandlung zu, besonders der Drainage, Dauersonde und Trendelenburg'schen Lagerung. Für schwierige Fälle möchte er die Operation nach Nassilow (Quénu-Hartmann, Bryant, Potarca) empfehlen. — In der Litteratur fand R. nur 5 ähnliche Fälle: Ziembicki, Krynski, Obaliński, Busch, Lürmann; davon endeten tödlich 3, geheilt wurde der Fall Busch's (der Eiter perforirte in die Pleura); in einem Falle ist das Endresultat nicht bekannt. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

17) **F. Ehrlich** (Stettin). Ösophagusstenose in Folge von Scharlachdiphtherie. Heilung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 42.)

Der Fall verdient ein Interesse einerseits durch seine Ätiologie, andererseits auch in therapeutischer Hinsicht. Es handelte sich um einen 5jährigen Knaben, welcher vor 2 Jahren eine Scharlachdiphtherie durchgemacht hatte, die durch besonders tiefgreifende Ulcerationen im Rachen und an den Mandeln ausgezeichnet war. Im Anschluss an diese Infektionskrankheit war Erbrechen jeder festen Nahrung aufgetreten. Später wurde alles Genommene wiedergegeben. Die Diagnose wurde gestellt auf undurchlässige Speiseröhrenverengerung, 20 cm von den Schneidezähnen entfernt, in Folge Schrumpfung der Narbe eines scharlachdiphtherischen Geschwürs. Da die einfache Sondirung mit Olivensonde keinen Erfolg hatte, wurde eine Magenfistel nach Witzel angelegt und durch 6 Wochen hindurch retrograd sondirt, ohne dass jedoch eine wesentliche Besserung zu verzeichnen gewesen wäre. E. nahm nun die Ösophagoskopie von der Fistel aus vor und fand nur einen 2 mm langen Spalt vor, welcher selbst für die dünnsten Sonden nicht passirbar war.

Rosenheim, dem der Fall übergeben wurde, gelang es, mittels Einführung immer stärkerer Röhrchen im Ösophagoskop, mit einer 4 mm starken Sonde zu passiren, worauf er einen Laminariastift einführte, der 7 Stunden liegen blieb. Durch Einführung von Laminarien stärkeren Kalibers und durch tägliches Sondiren gelang es E. schließlich, die Speiseröhrenlichtung an der Stenosenstelle auf 12 mm zu erweitern, worauf sich die Magenfistel rasch schloss. Der Knabe konnte hierauf Alles essen, ohne zu erbrechen, nahm in kurzer Zeit um 8 Pfund im Gewicht zu.

Gold (Bielitz).

18) **N. W. Sletow.** Elektrolyse bei Ösophagusstenose.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. Januar. [Russisch.])

S. erzielte sehr guten Erfolg mit der Elektrolyse in 1 Falle von Verengerung der Speiseröhre und Verätzung mit Salmiakgeist. Schon nach der ersten Sitzung ging das Schlucken ganz gut von statten, und weiterhin musste nur jede 2 Monate etwas nachgeholfen werden. — Bei Krebs ist die Elektrolyse ein schadloses Palliativmittel. Die Methode ist leicht von jedem Arzt auszuüben. — Was die Dauerresultate betrifft, so sind weitere Beobachtungen nöthig.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

19) **O. Borchgrewink** (Christiania). Die retrograde Dilatation der Ösophagustrikturen.

(Tidskrift for den Norske Lageforening 1899. No. 7.)

Verf. macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die mit der Durchführung des Leitfadens verbunden sein können, und hebt hervor, dass diese bei einer hoch

gelegenen Gastrostomie zuweilen durch Einführung des Fingers in die Cardia überwunden werden können.

Wegen einer impermeablen Ösophagusstriktur wurde bei einer 32jährigen Frau am 22. December 1894 im Reichshospital die Gastrostomie an der Spitze der 8. linken Rippe gemacht. Alle Versuche, durch diese Öffnung mit der Sondenspitze in die Cardia zu dringen, waren aber erfolglos. Desshalb wurde am 8. Mai 1895 eine neue Gastrostomie links dicht am Proc. ensiformis ausgeführt. Unter Leitung des Fingers gelang es jetzt, die mit dem Faden versehene Sonde in die Cardia und durch den Ösophagus zu bringen. Die Dilatation der Striktur geschah mit Dilatatoren von 2 in einander gesteckten und an beiden Enden zugespitzten Drainröhren, durch welchen ein Faden lief. Der Faden, viel länger als der Dilatator und innen in demselben in losen Windungen laufend, war an beiden Enden desselben befestigt. Beim Anziehen ging der Dilatator verlängert und verdünnt in die Striktur hinein und suchte in Ruhe seinen ursprünglichen Umfang anzunehmen, dabei ziemlich stark dilatirend wirkend. Theils bei dergleichen Dilatatoren, theils bei Gummidraindilatatoren, die durch eine Velocipedpumpe erweitert wurden, wurde die Striktur bis No. 36 Charrière dilatirt. Die erste Gastrostomiewunde schloss sich von selbst, die obere, nachdem sie lange in der Größe eines Griffels bestanden hatte, nach Excision der Ränder und Nahtverschluss. Die Speiseröhre hat sich bei häufiger Kontrolle immer später für eine Ösophagussonde No. 36 Ch. durchgängig ergeben; eine anfänglich bestehende und Stagnation erzeugende Divertikelbildung scheint verschwunden.

3 Kinder sind auf dieselbe Weise mit ausgezeichnetem Erfolg behandelt. Einführung des Fingers in die Cardia kann indessen nur bei Kindern und Erwachsenen mit ziemlich flacher Thoraxform geschehen. Die Möglichkeit kann voraus beurtheilt werden bei Messung des Durchmessers des Körpers vom Proc. ensiformis bis zur Spitze des Proc. spin. der unteren Brustwirbel. Wenn von diesem Maß die Distanz von Proc. spin. bis Vorderfläche der Wirbelsäule subtrahirt wird, welche bei erwachsenen Männern ca. 9 cm beträgt, bei Weibern 1,5—2 cm weniger, kann die Entfernung des Proc. ensiformis von der Cardia geschätzt werden.

(Selbstreferat).

20) **Morian.** Über das offene Meckel'sche Divertikel.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 2.)

M. operirte ein 5 Wochen altes Kind, das einen vollkommen offen gebliebenen Ductus omphalo-entericus besaß. Er heilte das Leiden, indem er nach ausgeführter Laparotomie den Dottergang nahe dem Darm abband, durchtrennte und den Stumpf derart einstülpte, wie man dies bei der Resektion des Wurmfortsatzes zu thun pflegt. Unter ausführlicheren Litteraturangaben sind die einschlägigen Fälle aus der Litteratur zusammengestellt, namentlich die therapeutischen Maßnahmen, wie Ätzung, Abbindung, Darmresektion besprochen und zugleich einzelne Fälle kritisch behandelt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

21) **Spillmann** (Nancy). Appendicite perforante avec abcès sous-diaphragmatique consécutif.

(Presse méd. 1898. No. 74.)

Dieser sicher interessante Fall hatte einen tödlichen Ausgang. Die Diagnose wurde nur durch die Sektion gestellt. Eine Probepunktion war erfolglos gewesen. Der Eiter war aus der Umgebung des perforirten Wurmfortsatzes hinter dem Colon ascendens aufgestiegen und hatte sich zwischen Leber und Zwerchfell ausgebreitet. Außerdem war noch eine Eiteransammlung im Cavum vesico-rectale vorhanden. Der Kranke hatte viel heftigere Symptome von Seiten der Lungen als des Bauches gezeigt. Verf. macht mit Recht auf die Schwierigkeiten der Diagnose aufmerksam, spricht sich aber energisch gegen eine Wiederholung der Probepunktion bei negativem Resultat der ersten aus, da dieselbe gefährlich sei und noch außerdem zu einer Infektion der Pleurahöhle führen könne.

Tschmarke (Magdeburg).

22) **W. J. Gold.** Zur Diagnose der subphrenischen Abscesse bei Kindern.

(Med. Obosrenje 1899. Februar. [Russisch.])

Der 11jährige Knabe erkrankte im Juli an Gastroenteritis, worauf sich der Abscess entwickelte. Obere Grenze kuppelförmig, Leber unten 5fingerbreit unter dem Rippenrand, Herzdämpfung normal. Diagnose: Pyopneumothorax subphrenicus. Resektion der 9. Rippe (am 6. Oktober 1898). Es wird stinkender Eiter mit Echinokokkenmembranen entfernt. Nach 2 Monaten geheilt. — Unter 176 Fällen von subphrenischem Abscess, die Lang gesammelt hat, finden sich nur 12 im Kindesalter. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

23) **Nimier.** Traumatisme abdominal et appendicite.

(Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1899. Januar.)

N. führt mehrere Fälle eigener Beobachtung an, in denen durch körperliche Überanstrengung (beim Ab- und Aufsteigen aufs Pferd) eine typische Epityphlitis zu Stande kam. Dem Ref. ist ein Fall bekannt, in welchem einem 7jährigen Knaben ein Stück Holz in die rechte Bauchseite fiel, und danach eine Epityphlitis mit großer Exsudatbildung und 40° Fieber auftrat, so wie ein Fall, in dem es nach mehrstündigem Fahren in einem rüttelnden Wagen zu schnell vorübergehender epityphlitischer Kolik kam. Die Wichtigkeit dieses Zusammenhangs bei unserer Unfallgesetzgebung ist einleuchtend. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

24) **J. Schnitzler.** Kasuistischer Beitrag zur Therapie der Bauchschusswunden.

(Wiener klin. Rundschau 1898. No. 47.)

Ein höchst lehrreicher Beitrag zu der viel umstrittenen Frage. Eine Bauchschusswunde mit einer 7 mm Flaubertpistole hatte der Verletzte kaum empfunden, war zum Arzt gegangen, bot $2\frac{1}{2}$ Stunden später im Spital keinerlei Zeichen einer schweren Verletzung (Leberdämpfung war vorhanden), und doch deckte die sofort ausgeführte Probelaparotomie nicht weniger als 6 Perforationen des Ileums und eine Perforation des Colon transversum auf; letztere wurde durch Incision eines zwischen den Blättern des Mesocolons liegenden Hämatoms entdeckt, lag also extraperitoneal; außerdem blutete ein stärkerer Mesenterialast. Der Verletzte wurde geheilt.

Der Fall liefert einen neuen Beweis, dass es falsch ist, die »Friedensschüsse« für relativ unschädlich zu halten, wegen der geringeren Durchschlagskraft der betreffenden Waffen, wenn eine unschuldige Flaubertpistole 7 Darmperforationen machen kann.

Er beweist zugleich, dass die Laparotomie der einzig sichere Weg zur exakten Diagnose und rationellen Therapie ist, da nur sie die Möglichkeit giebt, den ganzen Darm und die anderen Unterleibsorgane abzusuchen.

S. kommt zu dem Schluss, man solle jeden Bauchverletzten — auch durch Stichwunden — so schnell wie möglich dahin bringen, wo unter günstigen Bedingungen die Wunde erweitert und ev. bei Verletzung des Bauchfells die Laparotomie sofort angeschlossen werden könne. Seine Beweisführung wirkt überzeugend, sie stützt sich im Wesentlichen auf die bekannte Statistik Siegel's, nach der die Aussichten einer perforirenden Bauchwunde von Stunde zu Stunde ungünstiger werden. **Grisson** (Hamburg).

25) **Neugebauer.** Zur Kasuistik der Darmverletzungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 3.)

1) Vielfache Darmschussverletzung. Laparotomie. Heilung. Schussverletzung mit Revolver von 6 mm Kaliber. 2 perforirende Wunden im Blinddarm. Am Dünndarm fanden sich 5mal je 2 nahe neben einander stehende Ein- und Ausschussöffnungen in Abständen von 20—30 cm. Nirgends konnte ausgetretener Darminhalt gesehen werden.

Ein kleines Stück vom letzten Ein- und Ausschuss fand sich schon im Jejunum. Das Geschoss hatte nur die Serosa und Muscularis durchschlagen und steckte noch in der Wand. Operation $2^1/_2$ Stunden nach der Verletzung. Pat. hatte die letzte Mahlzeit vor $1^1/_2$ Stunden, die vorletzte vor $7^1/_2$ Stunden eingenommen. Der eingefallene Darm lag, als er getroffen wurde, bewegungslos. Dieser Zufall, gepaart mit der Kleinheit der Perforationen, ließ es nicht zum Austritt von Darminhalt kommen. Bei den 2 anderen, tödlich endenden Fällen handelte es sich um subkutane Darmrupturen. Tod durch stumpfe Gewalt.

Hübener (Breslau).

26) **Winslow.** Report of eight cases of penetrating gunshot wounds of the abdomen, with injury to the hollow viscera.

(Annals of surgery 1898. Oktober.)

Die Arbeit des Verf. besteht in der Mittheilung von 8 — allerdings sehr interessanten — Krankengeschichten. Zum Referat desshalb ungeeignet, seien aus ihr die betreffenden Titel mitgetheilt.

1) Dünndarmschusswunde, Heilung. 2) Schusswunde des Magens, Heilung. 3) Dünndarmschusswunde, Tod an Peritonitis. 4) Schusswunde des Bauches (S romanum), Tod. 5) Schusswunde von Leber, Dünndarm, Mesocolon, Heilung. 6) Dünndarmschusswunde, Heilung. 7) Schusswunde des Duodenums, Heilung. 8) Dünndarmschusswunde, Tod.

Tietze (Breslau).

27) **Cushing.** Laparotomy for intestinal perforation in typhoid fever.

(John Hopkins hospital bulletin 1898. November.)

Verf. hat in 4 Fällen wegen Perforation eines Typhusgeschwürs die Laparotomie vorgenommen. 2 der Operirten starben. 1 genas trotz 3maliger Laparotomie.

1) Perforation am Ende der 2. Woche. Laparotomie nach 4 Stunden. Naht der Perforation. Bildung einer Kothfistel nach 3 Tagen von einer 2. Perforation. Spontaner Schluss der Fistel. 7 Tage später Laparotomie wegen vermutheter Perforation. Es fand sich keine Perforation. 2 Tage später 3. Laparotomie wegen akuten Darmverschlusses, bedingt durch Verwachsungen um eine 2. Perforation. Heilung.

2) Typhusperforation in der 5. Woche. Laparotomie unter Cocainanästhesie. Allgemeine septische Peritonitis. 3 Perforationen im Ileum. Tod nach 4 Stunden.

3) Perforation am Ende der 4. Woche. Allgemeine Streptokokkenperitonitis. Naht der Darmperforation. Tod nach 8 Stunden.

4) Typhuskranker in der 4. Woche. Wegen Erscheinungen von Perforation Probelaparotomie. Es fand sich nichts Abnormes. Heilung.

Strauch (Braunschweig).

28) **Bonnet** (d'Auray). Hernie crurale énorme produite dans une flexion brusque et forceé de la colonne vertébrale en avant.

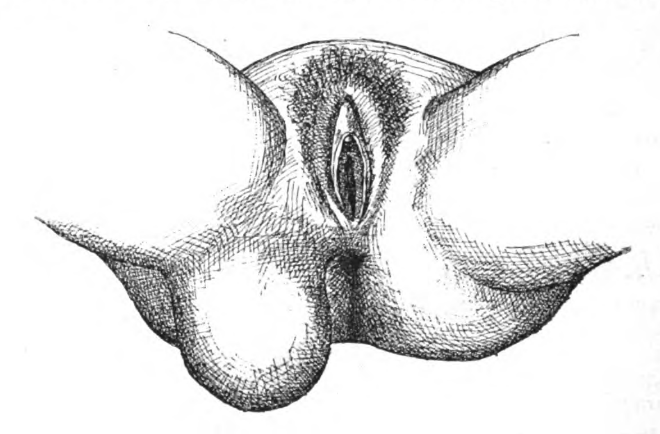
(Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1898. November.)

Der folgende Fall ist besonders als Beitrag zur Frage der traumatischen Entstehung von Hernien mittheilenswerth. Ein 40jähriger Arbeiter wird von einem umfallenden Eichenstamm auf die rechte Schulter getroffen und wird mit großer Kraft nach vorn gebeugt, so dass der Oberkörper eine maximale Flexion erleidet. 2 Stunden nach dem Unfall findet E. bei dem hochgradig kollabirten Mann neben anderen schweren Verletzungen eine große Geschwulst in der rechten Leistengegend, die auf den ersten Blick eine einfache subkutane Schwellung (Bluterguss) darstellt, bei sorgfältiger Tastung und Perkussion sich aber als eine mit Gas gefüllte herniöse Geschwulst mit allen Eigenschaften einer Cruralhernie erweist. Taxis war unmöglich; der Kranke starb nach 48 Stunden. Eine partielle Autopsie bestätigte die Diagnose. An der traumatischen Natur ist bei der Angabe, dass die Fascia cribrosa und superficialis in großer Ausdehnung zurückgedrängt und zerrissen sind, nicht wohl zu zweifeln. Nur wären bei einer so bedeutenden Verletzung stärkere Blutergüsse zu erwarten gewesen, von denen in der Darstellung indessen keine Rede ist.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

29) **Girou** (Aurillac). Observation d'une volumineuse hernie ischiatique.
(Arch. prov. de chir. 1898. No. 10.)

Die in der Abbildung wiedergegebene Hernia ischiadica wurde vom Verf. bei einer 55 Jahre alten Frau beobachtet, welche 8 Kinder gehabt und viel gearbeitet



hat. Dieselbe gab an, dass der Bruch nach einem Fall auf das Gesäß vor ca. 12 Jahren entstanden sei. Er ließ sich nur zu $^2/_3$ reponiren.

P. Stolper (Breslau).

30) **A. Iselin.** Un cas de hernie traumatique trans-intercostale; cure opératoire.
(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. December.)

Bei einem 26jährigen Mann, der zwischen 2 Wagen mit der Brust im anterio-posterioren Durchmesser eingepresst wurde, wurde einige Monate nach dem Unfall eine Hernie im rechten 10. Interkostalraum entdeckt, die sich vom vorderen Ende der 10. Rippe bis zur Axillarlinie erstreckte. Die Heilung wurde in der Weise herbeigeführt, dass nach Reposition der Eingeweide die 10. und 11. Rippe nach Art eines Quetschhahns mittels Katgut an einander geschlossen wurden. Die Heilung soll eine vollständige gewesen sein. Die Eingeweide lagen übrigens unter der Haut, unbedeckt von Bauchfell. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

31) **L. F. McDowell.** Strangulated hernia in pericardial sac.
(Brit. med. journ. 1899. Januar 7.)

Ein wohlgebauter, muskulöser Mann war plötzlich erkrankt mit Schmerzen im Epigastrium, Athemnoth, Erbrechen; am folgenden Tage stellten sich die Zeichen des Darmverschlusses ein, und ganz unerwartet erfolgte der Tod.

Bei der Sektion fand sich der Herzbeutel stark ausgedehnt und in demselben unterhalb des Herzens eine über 36 cm lange, eingeklemmte, durch frische Verwachsungen verklebte Dünndarmschlinge. Der Darm war brandig und zeigte eine Perforation gegenüber dem Gekrösansatz. Die Bruchpforte im Zwerchfell im Bereich des Centrum tendineum war 50pfennigstückgroß und glattrandig.

F. Krumm (Karlsruhe).

32) **Jahradnicky** (Deutschbrod). Incarceration des Coecums und retrograde Incarceration des Processus vermiformis in einer linksseitigen Scrotalhernie.
(Wiener klin. Rundschau 1898. No. 42.)

Eine Wiedergabe der Krankengeschichte erübrigt sich nach der ausführlichen Überschrift, die alles Wesentliche enthält. Der Fall bietet als linksseitiger Blind-

darmbruch mit retrograder Incarceration des Processus vermiformis allerdings der Besonderheiten genug. **Grisson** (Hamburg).

33) **Luksch.** Über Darmblutung und Darmstenose nach Brucheinklemmung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 44.)

Unter Erkrankungen des Darms, welche nach einer Brucheinklemmung auftreten, nachdem ein Intervall scheinbarer Gesundheit vorhanden war, finden sich Angesichts der großen Häufigkeit der Brucheinklemmungen nur sehr spärliche Mittheilungen in der Litteratur. Nur Maydl berücksichtigt in seiner Lehre von den Hernien dies Kapitel, ohne jedoch dabei die Darmblutungen zu erwähnen.

L. berichtet nun über einen derartigen Fall, der einen 31jährigen Pat. betraf Wegen Incarceration eines rechtsseitigen Leistenbruchs Operation im Landesspital in Cilli durch Jesenko am 1. April 1898. Es fand sich eine geringe Menge blutig gefärbten Bruchwassers; die vorliegende Schlinge (ca. 40 cm) zeigte blaue Färbung, an einzelnen Stellen unter der Serosa Hämorrhagien. Bei jeder Berührung blutete der Darm stark. Bis zum 5. Tage ungestörter Wundverlauf. Am 6. Tage p. o. wurden 150 ccm reinen, nicht geronnenen Blutes durch den After entleert; Beimengung von Gewebsfetzen wurde nicht bemerkt. 14 Tage p. o. Einsetzen von Leibschmerzen, die sich nach 3 Wochen zu heftigen Kolikschmerzen steigerten, besonders nach konsistenter Nahrung. Stuhl bald diarrhoisch, bald angehalten.

Wegen dieser Beschwerden Aufnahme in die Grazer chirurgische Klinik. Zunächst täglich warme Bäder und Bauchmassage in der Annahme von Verwachsungen des Darms mit Knickungen. Da trotzdem die Beschwerden zunahmen, am 26. April Operation (Nicoladoni). In der Mittellinie findet man eine dem Dünndarm angehörige Geschwulst von fast Hühnereigröße, die sich als ein 10 cm langes verengertes Darmstück erweist, dessen Wandung kolossal verdickt ist. Keine Verwachsungen, keine Knickungen. Der zuführende Darm ist erweitert und in seinen Wandungen verdickt, der abführende von normaler Beschaffenheit. Resektion von 26 cm Darm. Dabei Verschluss des Leistenkanals nach Bassini. Durch Bronchitis und Ligatureiterung Genesung etwas verzögert; am 30. Mai geheilt entlassen.

Die Länge der Striktur betrug 8 cm, die lichte Weite der Stenose 4 mm. An mikroskopischen Schnitten sieht man die Serosa durch Bindegewebszunahme verbreitert, Längs- und Ringmuskulatur hypertrophisch, letztere durch Einlagerung jungen Bindegewebes zwischen die Muskelbündel noch bedeutend verbreitert. Nach innen zu folgt Granulationsgewebe mit reichlichen neugebildeten Gefäßen. An den engsten Stellen der Stenose von Darmzotten und Epithelien nichts mehr zu sehen. Reste von Drüsenschläuchen finden sich in kleinen buchtigen Erweiterungen der Stenose.

L. stellt des Weiteren die in der Litteratur bekannten Fälle von Darmblutungen nach Darmeinklemmung zusammen, denen er außer dem eben mitgetheilten noch 3 weitere aus dem Material der Grazer Klinik anreiht. Während nun aber bislang allgemein angenommen wurde, dass die Blutung ihre Quelle in dem incarcerirt gewesenen Darmabschnitt habe, beweist der 3. angeführte Fall, dass dem nicht immer so ist.

62jährige Bäuerin wird wegen hühnereigroßen eingeklemmten Leistenbruches am 19. August 1898 herniotomirt. Der Darm zeigt keine Peristaltik; er wird vor der Bauchhöhle gelassen, nachdem seine Lage durch einen durch das Mesenterium gezogenen Jodoformgazestreifen gesichert ist.

Am nächsten Morgen zeigt sich, dass eine 40 cm lange Darmschlinge herausgetreten ist. (Pat. war in der Nacht aufgestanden und im Zimmer umhergegangen.) Die eingeklemmt gewesene Darmpartie hatte sich vollständig erholt, die herausgetretene (zuführende) war dunkelblauroth, von schlaffer Wand, trüber Serosa, der Darm schwappend mit Flüssigkeit gefüllt, die sich nach Resektion von 60 cm Darm (inkl. des incarcerirt gewesenen) als Blut erwies. Cirkuläre Darmnaht. Tod am 10. Tage an doppelseitiger Pneumonie. **Hübener** (Breslau).

34) Kjerschow (Christiania). **Behandlung kompromittirter Därme bei incarcerirten Brüchen.**

(Norsk Mag. for Lägevid. 1898. p. 537.)

K. theilt einen Fall von incarcerirtem Cruralbruch mit, in welchem die Einklemmungserscheinungen (Schmerz, Erbrechen, Stuhlverstopfung, mangelnder Abgang von Winden) bei der Aufnahme in der chirurgischen Abtheilung des Reichshospitals schon seit 5 Tagen bestanden. Herniotomie wird sofort vorgenommen; im Bruchsack fand sich eine blauschwarze, schlaffe Dünndarmschlinge; nach Lösung der Einklemmung und Hervorziehung des Darms zeigte die Strangulationsfurche des zuführenden Schenkels sich ganz graugelb und die Darmwand an dieser Stelle papierdünn; die Mesenterialgefäße der eingeklemmten Schlinge waren thrombosirt und das Mesenterium so brüchig, dass es beim Hervorziehen zum Theil einriss; die Schlinge wurde mit heißem Wasser überspült, ohne Peristaltik oder Veränderung in ihrem Aussehen zu zeigen. Trotzdem wurde der Darm reponirt, nachdem durch das Loch im Mesenterium ein Gazestreifen — zum Drainiren und zur Befestigung der Schlinge in der Nähe der Bruchöffnung — hindurchgeführt war; die Operationswunde wurde offen gelassen. Reaktionslose Heilung. 2. Tag Abgang von Flatus, 3. Tag flüssige Kost, 5. Tag reichlicher Stuhlgang; keine Temperatursteigerung, nach 6 Wochen wurde Pat. als geheilt entlassen.

Die schlechten Resultate sowohl der primären Darmresektion beim brandigen Bruch als der Hervorlagerung des verdächtigen Darms vor die Bruchpforte waren es, die den Vortr. dazu veranlasst hatten, die Schlinge trotz brandigen Aussehens zu reponiren und eine Perforation mit Fistel zu riskiren. Der Fall zeigt, dass man nicht zu schnell zu einem so radikalen Verfahren wie Resektion greifen soll, und auf der anderen Seite, dass eine kranke Schlinge sich am leichtesten retablirt, wenn sie intra cavum peritonei bleibt und nicht vor die Bruchpforte hervorgelagert wird. (Selbstreferat.)

35) S. Flexner. Gastric syphilis with the report of a case of perforating syphilitic ulcer of the stomach.

(Amer. journ. of the med. sciences 1898. Oktober.)

In dem Falle F.'s, welcher einen 52jährigen Mann betraf, war die Wahrscheinlichkeitsdiagnose bei Lebzeiten auf Lebercirrhose gestellt worden. Bei der Autopsie fanden sich alte Verwachsungen zwischen Leber, Magen, Milz und Pankreas, ein großer Gummiknoten in der Leber, ein syphilitisches Geschwür im Magen mit Perforation und akute diffuse Peritonitis. Nach der mikroskopischen Untersuchung (Charakter des neu gebildeten Gewebes und Art der Gewebsnekrose) scheint die Diagnose des Geschwürs als eines syphilitischen nicht zweifelhaft zu sein.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

36) D. D. Stewart. A case of two isolated carcinomatous gastric ulcers.

(Amer. journ. of the med. sciences 1898. November.)

Ein 52jähriger Pat. bot die Zeichen eines Magencarcinoms und wurde desshalb der Probelaparotomie unterworfen (Keen). Der Magen fand sich von der Cardia bis in die Nähe des Pylorus derart in knotige, harte Massen eingebettet, dass nicht einmal Raum vorhanden war zur Ausführung der Gastroenterostomie. An der Diagnose schien allen Anwesenden, zu denen außer Keen noch Chirurgen von gutem Namen gehörten, ein Zweifel nicht möglich. Zur Erhärtung der Diagnose wurden 2 Drüsen aus dem großen Netz geschnitten und mikroskopirt. Die histologische Untersuchung lautete: Unzweifelhafte Tuberkulose. Der Pat. erholte sich und gewann in einigen Monaten ein Gewicht von 178½ Pfund, das er früher nie besessen. Nach einiger Zeit wurde das excidirte Drüsengewebe von mehreren tüchtigen Histologen nachuntersucht, welche der Meinung waren, dass es sich nur um metastatisches Carcinom handeln könne. Der Kranke blieb indessen über 1 Jahr gesund, fing dann wieder an zu kränkeln und wurde 18 Monate nach der

ersten Operation in leidlichem Zustand zum 2. Mal laparotomirt. Der Magen war vor der Operation nicht erweitert, eine Geschwulst nicht zu fühlen; die sekretorische Funktion normal, Motilität etwas verringert; das allgemeine Aussehen kachektisch. Bei der zweiten Operation fanden sich ausgedehnte Verwachsungen zwischen Magen und vorderer Bauchwand. Der Magen wurde incidirt und mit dem eingeführten Finger ein großes mit harten höckrigen Rändern versehenes Geschwür in der Nähe der kleinen Curvatur entdeckt. An eine radikale Operation war jetzt weniger wie früher zu denken. 18 Tage nach diesem Eingriff ging der Kranke an septischer Peritonitis zu Grunde. Das aufgeschnittene Präparat zeigte 2 von einander getrennte charakteristische carcinomatöse Geschwüre.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

37) **P. Capello und P. E. Capello.** Über einen seltenen Fall von cystischem Myosarkom des Magens.

(Bull. delle r. accad. med. di Roma 1897/98. Fasc. 2. u. 3.)

Die cystischen Magengeschwülste werden von den Verff. in 3 Kategorien eingetheilt: a. primäre, aus einem Divertikel des Magens hervorgehende Cysten; b. Blutcysten der Magenwand, traumatisch entstanden; c. Magengeschwulst mit cystischer Degeneration. Der letzgenannten Kategorie gehört der von den Verff. beobachtete Fall an. Es handelte sich um eine 54jährige Frau, die seit 8 bis 10 Monaten unbestimmte Schmerzen in dem allmählich sich vergrößernden Bauch empfand; außerdem bestand ein großer Scheiden-Gebärmuttervorfall. Die Untersuchung ergab die Gegenwart einer mannskopfgroßen, wenig verschieblichen Geschwulst in der unteren Bauchhälfte, mit glatter Oberfläche und deutlich ausgesprochener Fluktuation. Die Diagnose wurde auf Ovarialkystom gestellt. Die vorgenommene Laparotomie erwies sofort, dass die Geschwulst nicht mit den Genitalien zusammenhing. Die Punktion entleerte ca. 3 Liter blutige Flüssigkeit, und es ließ sich nun feststellen, dass die Cyste von der großen Kurvatur des Magens ausging und hier mit einer eigroßen Geschwulst der Magenwand in Verbindung stand. Letztere wurde zusammen mit der Cyste entfernt (durch Resektion des betreffenden Magenabschnitts), und der Magen wieder vernäht. Glatte Heilung; völlige Gesundheit nach 2 Jahren. Die histologische Untersuchung ergab, dass die Cystenwand im Wesentlichen aus Bindegewebsfasern bestand, mit reichlichen zelligen Einlagerungen; die Serosa des Magens setzt sich, eben so wie die Muscularis desselben, auf die Cystenwand fort. Die solide Masse der Geschwulst, die mit der Muscularis in direktem Zusammenhang steht, besteht hauptsächlich aus spindelförmigen Elementen, zwischen die mehr oder weniger Rundzellen eingestreut sind. Die die Geschwulst bedeckende Schleimhaut zeigt ebenfalls Veränderungen: kleinzellige Infiltration, Ulcerationen. Es handelt sich also um ein cystisches Myosarkom (mit schleimiger Degeneration), welches jedenfalls von der Muscularis des Magens seinen Ausgangspunkt genommen hat. — Verff. stellen weiterhin mehrere Fälle von cystischen Magengeschwülsten aus der Litteratur zusammen, aus denen die Schwierigkeiten der Diagnose ersichtlich sind: Eine Nabelfistel, die mit einem cystischen Hohlraum communicirt und eine saure, wässrige Flüssigkeit absondert, lässt an die Möglichkeit eines Magendivertikels denken; eine weiche, fluktuirende Geschwulst in der Magengegend, nach einem starken Trauma entstanden, spricht für eine Blutcyste. Am schwierigsten ist die Diagnose bei der dritten Kategorie: der Verlauf ist hier ziemlich rasch, Prädilektionsstelle die große Kurvatur, die Magensymptome im Anfang sehr gering.

H. Bartsch (Heidelberg).

38) **R. Hecht.** Ein Beitrag zur Gastrostomie Behufs Entfernung von Fremdkörpern aus dem Magen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 46.)

Mittheilung eines Falles, der in dem Kaiser Franz Joseph-Spital in Bielitz (E. Gold) operirt wurde.

21jährige Näherin hatte 2 Tage vorher 3 große Nähnadeln versehentlich geschluckt. Heftige Schmerzen, häufiges Erbrechen. 2 Nadeln von 4 cm Länge,

welche mit ihren Spitzen sich bereits in die Magenwand eingespießt hatten, wurden extrahirt, die 3., trotz allen Suchens nicht zu finden, geht am 10. Tage mit dem Stuhl ab. 6 Tage später wird bei der Inspektion der Mastdarmlichtung eine 4. Nadel quer über der Afteröffnung steckend getastet und extrahirt. Im weiteren Verlauf conamen suicidii durch Verschlingen einer Angerer'schen Pastille von 1 g Sublimat. Nach üblicher Therapie Genesung. Ein sehr reichhaltiges, anscheinend vollständiges einschlägiges Litteraturverzeichnis (69 Nummern) bildet den Schluss der Mittheilung. **Hübener** (Breslau).

39) **Steudel.** Die in den letzten Jahren an der Czerny'schen Klinik ausgeführten Magenoperationen und die Endresultate der früheren Operationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1 u. 2.)

Die S.'sche Arbeit schließt sich an die früheren, denselben Gegenstand behandelnden Publikationen aus der Heidelberger Klinik von Czerny-Rindfleisch, Dreydorff und Mündler an und umfasst mit Ausnahme der Gastrostomien sämmtliche vom März 1895 bis Ende des Jahres 1897 ausgeführten Magenoperationen; zugleich wird auch über die weiteren Schicksale der vor dieser Periode Operierten berichtet.

Die Pylorektomie wurde 8mal wegen bösartiger Geschwulst ausgeführt; 3 Pat. sind im Anschluss an die Operation, 3 fernere im Verlauf der nächsten 11 Monate an Recidiven gestorben, 2 leben noch. Rechnet man zu diesen 16 früher operirte Fälle, so beträgt die Mortalität 37% (9 Fälle), die durchschnittliche Lebensdauer nach der Operation bei den übrigen 22 Monate; 4 Pat. sind noch am Leben, davon der eine $3^1/_2$, der andere 7 Jahre nach der Operation. Die besten Heilerfolge schien die Kocher'sche Methode, die in 4 Fällen angewandt wurde, zu geben; technisch am einfachsten erwies sich die Pylorusresektion nach vorhergegangener hinterer Gastroenterostomie (mit Murphyknopf); einige Male wurde zunächst nur die Gastroenterostomie ausgeführt und die Resektion des Pylorus für eine spätere Sitzung verschoben; indessen stellte sich ein solches zweizeitiges Operiren als wenig empfehlenswerth heraus, da die Pat. leicht die Erlaubnis zu einem nochmaligen Eingriff verweigern, andererseits schon nach wenigen Wochen eine zweite Operation durch entstandene Verwachsungen sehr erschwert wird.

Pyloroplastiken wurden, einschließlich der früheren Fälle, im Ganzen 11mal vorgenommen; doch war ein wirklicher Dauererfolg nur in 2 Fällen, in denen zugleich das Grundleiden (Gallensteine, Verwachsungen zwischen Magen und Leber) beseitigt werden konnte, zu konstatiren.

Unter den Gastroenterstomien handelte es sich 47mal um bösartige Geschwülste, 18mal um gutartige Affektionen. Die Mortalität betrug bei den ersteren 38,3%, bei den letzteren 11%. Auffallenderweise sind von den 20 Gestorbenen nicht weniger als 15 einer Pneumonie erlegen. Die Ursache hierfür sucht S. weniger in der Narkose (meist wurde Morphium-Chloroformnarkose, in 2 der an Pneumonie gestorbenen Fällen Lokalanästhesie angewandt) als in Behinderung der Expektoration in den ersten Tagen nach dem Eingriff durch die Wunde im Epigastrium und den festen Verband.

Im Allgemeinen wurde der v. Hacker'schen Gastroenterostomia posterior (57mal ausgeführt) der Vorzug vor der vorderen Gastroenterostomie gegeben, da bei ihr geringere Lageveränderungen der Därme stattfinden und namentlich eine Kreuzung von Dünn- und Dickdarm vermieden wird. Die vordere Gastroenterostomie wurde nur aus besonderen Indikationen (8mal) ausgeführt; 57mal wurde die Anastomose mittels des Murphyknopfs, dessen Anwendung sich in verschiedener Hinsicht sehr bewährt hat, vorgenommen.

Aus einer Zusammenstellung mit früher operirten Fällen ergiebt sich für die Gastroenterostomien wegen Carcinom eine mittlere Lebensdauer von 7,85 Monaten nach dem Eingriff, doch finden sich unter den S.'schen Fällen auch solche, die nach der Operation $2^1/_2$ bis $5^1/_2$ Jahre am Leben geblieben sind und sich gut be-

finden; es besteht also immerhin die Möglichkeit, dass nach der Laparotomie ein Stillstand im Wachsthum der Magencarcinome für mehrere Jahre, vielleicht selbst regressive Vorgänge eintreten.

Bezüglich der übrigen Fälle von Gastroenterostomie verdient besonders hervorgehoben zu werden, dass nach den Erfahrungen der Czerny'schen Klinik das frische Magengeschwür außerordentlich günstig durch die Gastroenterostomie beeinflusst wird.

Probelaparotomien sind 12mal, zusammen mit den Fällen früherer Zeit 24mal ausgeführt worden mit einer Mortalität von 25%, wobei zu berücksichtigen ist, dass es sich meist um sehr heruntergekommene, kachektische Individuen gehandelt hat. Die durchschnittliche Lebensdauer der übrigen Kranken betrug nicht ganz 5 Monate.

Zum Schluss werden noch 3 weitere Fälle von Magenoperationen (Naht der Magenwand nach traumatischer Magenruptur, Eröffnung des Magens bei Ulcus ventriculi), endlich 1 Fall von Enteroplastik an einer Gastroenteroanastomose beschrieben und erörtert. **Honsell** (Tübingen).

40) **H. Küttner.** Multiple carcinomatöse Darmstrikturen durch Peritonealmetastasen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

In dem mitgetheilten Falle handelte es sich um einen 62jährigen, seit 1/4 Jahr an zunehmender Darmenge, zuletzt an Ileus leidenden Mann. Bei der Laparotomie fand sich das Bauchfell besät mit Carcinommetastasen, die am Darm eine solche Menge von Strikturen gebildet hatten, dass operative Hilfe ausgeschlossen war. Tod nach 9 Tagen an Ileus. Die Sektion ergab am Dünndarm 155 schrumpfende Geschwulstknoten und nicht weniger als 22 ringförmige Strikturen, von denen 18 am Dünndarm, 3 am Dickdarm saßen; hierzu kam die Primärgeschwulst an der Flexur. Nach ihrer histologischen Zusammensetzung erwies sich die Geschwulst als ein scirrhöses Cylinderzellencarcinom; die Metastasen saßen vorwiegend in der Mitte der Darmwand, während Schleimhaut und Serosa überall gesund waren; sie konnten daher nicht durch Kontaktinfektion, sondern nur auf dem Wege der Lymphbahnen entstanden sein; die Neigung zur Schrumpfung erwies sich als abhängig vom Eindringen des Carcinoms in die tiefere Schicht, vor Allem die Muskulatur der Darmwand. — Anschließend werden 7 weitere Beobachtungen vielfacher carcinomatöser Darmstrikturen aus der Litteratur zusammengestellt.

Honsell (Tübingen).

41) **J. Friele** (Bergen). Volvulus S romani.

(Medicinsk Revue 1898. December.)

F. referirt über 5 Fälle von Volvulus des S romanum, die operativ behandelt worden sind; davon 3 Fälle aus dem »Bergens Sygehus« während seiner Assistenzarztzeit daselbst und 2 Fälle aus dem Material seiner privaten Klinik.

Alle waren Männer im Alter zwischen 50—70 Jahren. In 2 Fällen mit Gangrän der Schlinge oder der Schnürfurche wurde die Resektion gemacht; nach 3—4 Tagen erfolgte der Tod an Peritonitis.

In einem Falle ohne Gangrän wurde die Schlinge punktirt und nachher detorquirt. Nach 3tägiger Wegsamkeit nochmals Ileussymptome. Bei der Öffnung der Wunde wurde das S romanum wieder um 90° torquirt gefunden. Tod am nächsten Tage im Collaps.

In den 2 letzten Fällen wurde die — resp. 97 und 76 cm lange — nicht gangränöse — Darmschlinge resecirt mit nachfolgender primärer, cirkulärer Naht.

Im 1. von diesen 2 Fällen folgte Tod am 5. Tage unter Ileussymptomen. Bei der Sektion wurde keine Peritonitis gefunden, im untersten Theil des Ileums aber eine Achsendrehung von 90° und in dem zugehörigen Mesenterium starke Retraktion und eine fächerförmige, handtellergroße, narbenartige Partie. Die Resektionsstelle durchgängig und in Heilung begriffen.

Im 2. Falle konnte Pat. nach 3 Wochen geheilt aus der Klinik entlassen werden.



Pathologisch-anatomisch wird auf das Missverhältnis zwischen der großen Darmlänge und der geringen Breite der Gekröswurzel hingewiesen, das bewirkt, dass der Darm sich immer in labilem Gleichgewicht befindet, und dass diese Pat. immerfort neuem Recidiv ausgesetzt sind.

Die geringe Breite des Mesenteriums rührt von einem Schrumpfungsprocess, einer Narbenretraktion her, Folge einer Mesenteriitis chronica, wahrscheinlich von dem Darm ausgehend.

Diagnostisch wird hervorgehoben: Der subakute Verlauf und die Form des meteoristischen Unterleibs mit größter Dehnung in der Regio ileo-coecalis und Colon ascend., indem die Mittelpartie der Darmschlinge — die am meisten ausgedehnt ist — hierher geschoben wird.

Therapeutisch hat man zu berücksichtigen: 1) die prophylaktische Behandlung der Funktionsstörungen des Darmes (Obstruktion etc.), welche auf den Process im Mesenterium einwirken; 2) die Behandlung des Anfalls selbst, und 3) die Verhütung der Recidive.

Bei 2) hat die Behandlung mit Klysmaten verhältnismäßig gute Resultate aufzuweisen. Fall No. 4 war z. B. mehrere Male in dieser Weise geheilt worden. Bei der operativen Behandlung kann nur eine Detorsion (wenn nicht Gangrän etwas Anderes indicirt) vorgenommen werden, aber dann sollten auch Recidive entweder durch Fixation der detorquirten Schlinge (Lennander, Mikulicz u. A.) oder am besten durch Resektion der ganzen Schlinge verhütet werden. In No. 4 war im Intervall zwischen 2 Anfällen dieses Operationsverfahren vorgeschlagen, der Pat. verweigerte es aber. (Selbstreferat.)

42) **v. Schiemann.** Zur Diagnose der Achsendrehung bei bestehendem Mesenterium ileo-coeci commune.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1899. No. 2.)

Besprechung der Symptome an der Hand der von Zoege v. Manteuffel auf dem Chirurgenkongress 1898 (s. d. Centralblatt 1898 p. 142 des Kongressberichts) berichteten Fälle, zu denen ein neuer hinzugekommen ist. **Haeckel** (Stettin).

43) **v. Karajan.** Ein geheilter Fall von Darmpolyposis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 9.)

Mittheilung eines Falles von multiplen Darmpolypen, dem Ileum und Jejunum angehörig, aus der Albert'schen Klinik. Der Darm wurde an 5 Stellen eröffnet und die Polypen entfernt; von einer Incisionsöffnung im Jejunum konnten allein 4 Polypen der benachbarten Schleimhaut vorgezogen und beseitigt werden. Zahlreiche kleine bis erbsengroße Polypen, die von außen nicht palpirbar waren, mussten zurückgelassen werden. Heilung.

3 analoge Fälle von multiplen Polypen des Darmes werden neben 9 isolirten aus der Litteratur zusammengestellt. **Hübener** (Breslau).

44) **M. G. Tscherniakowski.** Primäres Sarkom des Dünndarms.

(Chirurgia Bd. IV. p. 583. [Russisch.])

Zu den 31 von Prof. Retrow aus der Litteratur gesammelten Fällen von Dünndarmsarkom beschreibt T. einen weiteren Fall. Er betraf einen 24jährigen Kanonier, der sich seit 4 Monaten für krank hielt und über großes Schwächegefühl, Schmerzen im Leib und einige Neigung zu Verstopfung klagte. Im linken Hypochondrium fühlt man eine reichlich 2faustgroße Geschwulst. Ihr unterer Rand wird bei der Untersuchung durch den Mastdarm nur eben mit Mühe erreicht.

Da die Diagnose unklar war, so wurde eine Probelaparotomie beschlossen. Die Geschwulst erwies sich als mit der Umgebung so verwachsen, dass sie als unoperirbar angesehen werden musste. Tod an Pyämie. Bei der Sektion zeigte ein Querschnitt, dass sich in der Geschwulst eine Höhle befand, die mit der Darmlichtung in offener Verbindung stand. Die mikroskopische Untersuchung ergab Rundzellensarkom. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

45) **T. Carwardine.** Spindle-celled sarcome of rectum.

(Brit. med. journ. 1898. December 17.)

C. hat ein Spindelzellensarkom des Mastdarms, das $2^1/_2$ Zoll lang, 2 Zoll breit war und sich über die vordere und linke Wand des Mastdarms $2^1/_2$ Zoll oberhalb des Afters ausdehnte, nach einer besonderen Methode entfernt, der er den Namen der subperiostalen Proctotomie giebt. Das Wesentliche der Methode besteht in der subperiostalen Resektion des Steiß- und unteren Kreuzbeins und in der Erhaltung des Sphincter ani mit seinem Schleimhautüberzug. Der Eingriff soll nicht so schwer sein wie bei der Kraske'schen Operation, der Einblick in das Operationsfeld, besonders parasacral, sehr gut. Die Asepsis soll gesichert werden durch eine vorangeschickte Kolostomie. **F. Krumm** (Karlsruhe).

46) Témoin (Bourges). Rate accessoire simulant un neoplasme de l'intestin. Laparotomie et ablation. Splénectomie supplémentaire. — Guérison.

(Arch. prov. de chir. 1898. No. 10.)

Eine 35jährige Dame, welche seit 15 Jahren gelegentliche Unbequemlichkeiten im Bauch hatte, bekam schließlich Ileuserscheinungen. Man fühlte jetzt eine Geschwulst, die man als Neubildung am Darm diagnosticirte. Die Laparotomie zeigte, dass es sich um eine apfelsinengroße, accessorische Milz handelte, die sich leicht ausschälen ließ. **P. Stolper** (Breslau).

47) **D. Giordano.** Contributo alla fissazione di milza mobile.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1898. No. 148.)

Die 44 Jahre alte Kranke litt an häufigem Harndrang, der durch den Druck der beweglichen Milz auf die Blase veranlasst wurde. Bei der Operation wurden die Nähte zur Festlegung der Milz durch die Muskeln, die gesammte Dicke der Milz, Fascia transversa, Bauchfell des Bauchlappens, so wie Bauchfell und Fascie des medial von der Wunde gelegenen Abschnitts gelegt. Die konvexe Oberfläche der Milz wurde mit einem Tropfen reiner Karbolsäure berührt um Verwachsungen mit dem parietalen Bauchfell anzuregen. Heilung per primam, die jetzt seit einem halben Jahr besteht. **Dreyer** (Köln).

48) **M. M. Trofimow.** Milzechinococcus. (Aus dem Poltawa'schen Semstwokrankenhaus.)

(Chirurgia Bd. IV. p. 561. [Russisch.])

Bevor T. seine beiden eigenen Fälle beschreibt, stellt er erst die bisher in der russischen Litteratur veröffentlichten zusammen. Es sind ihrer 21.

Der 1. Fall T.'s betraf eine 38jährige Bäuerin, welche ihre Erkrankung auf ein Jahr zurückverlegt. Der Leib ist geschwollen, 104 cm im Umfang, es bestehen Schmerzen in den Beinen und häufiger Harndrang. Im alkalischen Urin finden sich rothe und weiße Blutkörperchen und etwas Eiweiß.

Bei dem Bauchschnitt in der Mittellinie entleerten sich nach Durchtrennung der mit dem Bauchfell verwachsenen Membran 10 Liter eitriger Flüssigkeit. Die Milz ist in der Geschwulst aufgegangen, nicht zu fühlen, die Niere an normaler Stelle in normaler Größe vorhanden. Geheilt entlassen mit wenig absondernder Fistel.

II. 41jährige Kosakenfrau. Pat. fühlt sich seit 3 Jahren krank. Die Milzdämpfung beginnt an der 8. Rippe. Unter dem linken Leberrand ragt eine Geschwulst hervor, die bis 5 cm weit über die Mittellinie nach rechts hinüberreicht.

Der bei der Operation zuerst angelegte Schnitt in der Mittellinie wurde wieder geschlossen und ein Querschnitt unter dem Rippenrand gemacht. Es entleerten sich mehrere hundert Echinokokkenblasen verschiedener Größe. Der Sack wird in die Wunde eingenäht. Heilung unter Fieber. Mit einer reichlich absondernden Fistel entlassen.

An diese Krankengeschichten schließt T. eine ausführlichere Besprechung des Milzechinococcus. Was die Operation betrifft, so wird die Ausschälung selten vorgenommen. T. konnte nur 3 Fälle russischer und 7 Fälle anderer Autoren finden. Von diesen 10 sind 3 gestorben. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

49) **Ganz.** Zur Operation der leukämischen Milz.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

Bei einer 58jährigen an lienaler Pseudoleukämie leidenden Frau wurde nach Fehlschlagen der internen Therapie von Kümmell die Exstirpation der Milz vorgenommen. Trotz ihrer Schwäche überstand Pat. den Eingriff gut, es trat zunächst sogar eine merkliche Besserung des Allgemeinbefindens ein; ein Dauererfolg wurde indessen nicht erzielt; die Kranke ging vielmehr etwa 2 Monate nach der Operation unter schnellem Kräfteverfall zu Grunde. Sektionsbefund: Pseudoleukaemia glandularis.

Anschließend führt Verf. aus, es sei nicht wunderbar, wenn bei dem fortgeschrittenen Grade des Leidens die Grundkrankheit im vorliegenden Falle durch die Operation nicht behoben wurde, wie denn überhaupt zu bezweifeln sei, ob die Pseudoleukämie durch Milzexstirpation geheilt werden könne; immerhin beweise der mitgetheilte Fall das eine, dass sich Milzexstirpationen selbst noch bei stark reducirtem Allgemeinzustand und höherem Alter der Pat. ohne Schaden ausführen lassen. **Honsell** (Tübingen).

50) **M. G. Tschernjachowski.** Zur Kasuistik der Splenektomie.
(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 1.)

Die 25jährige Frau (IVpara) bemerkte die Geschwulst vor 5 Jahren. Da alle anderen Ursachen ausgeschlossen werden konnten, nahm Prof. Bornhaupt (Kijew) Blutungen in das Parenchym während der Geburten als ätiologisches Moment an (er kennt noch 3 solche Fälle) und sprach sich für einfache, essentielle Hypertrophie aus. Allgemeinbefinden gut, daher entschloss man sich zur Operation. Man fand zahlreiche Verwachsungen mit Netz, Querkolon und Magen; beim Unterbinden des Stiels blutete es aus der angerissenen Vene. Die Operation dauerte $1^1/_2$ Stunde. 3 Reihen Seidennähte auf die Bauchwand. Milz 1640,0 schwer, $24 \times 13 \times 7$—8 cm groß; auf dem Durchschnitt einige Stellen, die dunkler und härter sind als die Umgebung, sonst nichts Anormales. Nach der Operation Nahteiterung; von Zeit zu Zeit stoßen sich Fäden ab; der letzte 8. Monat nach der Operation. Die ersten 5 Monate beständig Fieber, wohl in Folge der Nahteiterung, da andere Ursachen fehlten. Schließlich vollständige Heilung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

51) **Jonnesco** (Bukarest). Vingt-trois splénectomies.
(Gaz. des hôpitaux 1898. No. 123.)

J. hat seit 1896 in 23 Fällen die Milz exstirpirt, darunter 22mal wegen Malaria, 1mal wegen einer Echinococcuscyste. Das Alter der Operirten schwankte zwischen 12 und 62 Jahren. Unmittelbar an der Operation ging nur 1 Fall zu Grunde, 7 starben wegen schlechten Allgemeinzustands oder an Komplikationen, die übrigen 15 genasen. Bei diesen war der Heilerfolg der Operation stets ausgezeichnet, die Kachexie verschwand, die Zahl der rothen Blutörperchen nahm zu, die Symptome der Malariainfektion hörten auf.

Diese günstigen Erfolge bestätigten J.'s schon früher geäußerte Ansicht, dass bei der Malariainfektion die Milz kein Schutzorgan ist, wie vielfach angenommen wird, sondern im Gegentheil die Niederlage des specifischen Blutparasiten, der von dort aus in den Kreislauf gelangt. Die Entfernung der Milz ist mithin gleichbedeutend mit der Entfernung des Hauptherdes der Malariainfektion. J. steht nicht an, sogar die frühe Exstirpation der Milz bei Malaria zu befürworten. Einzige absolute Kontraindikation bildet Leukämie. **Jaffé** (Hamburg).

52) **C. W. Cushing.** Report of a case of traumatic rupture of pancreas, with formation of haemorrhagic cyst and pancreatic fistula.

(Annals of surgery 1898. September.)

Einem kräftigen, 31 Jahre alten Mann, wird von einer rasch sich drehenden Kreissäge ein 4 Fuß langes, 9 Zoll breites und 1 Zoll dickes Brett mit aller Macht gegend die Oberbauchgegend geschleudert. Es geschah dies 5 Stunden nach der letzten Mahlzeit. Pat. zeigt leichte Chokerscheinungen. Am nächsten Tage Erbrechen von geronnenem Blut. Brechneigung hält 8 Tage an, Pat. kommt sehr herunter, erholt sich aber von da ab, wenn auch wenig. Urin wurde nicht untersucht. Nach 4 Wochen hat sich eine deutliche, pulsirende Geschwulst im Epigastrium herausgebildet, gleichzeitig bestanden eine Schwellung beider Parotiden und Schlingbeschwerden. Letztere bleiben bestehen, auch findet sich wieder Brechneigung; die Geschwulst scheint bei der exspektativen Behandlung zu wachsen; sie nimmt die Gegend des rechten Epigastriums ein und reicht bis zum Nabel. Bauchschnitt in der Mittellinie. Netz mit der Geschwulst verwachsen; diese liegt unter dem Colon transversum, wird eröffnet und enthält reichlich zuerst wässrig, dann blutig aussehende Flüssigkeit. Unmittelbar an der Hinterwand der scheinbaren Cyste ist die Aorta zu fühlen. Die Wundränder der Cyste werden mit dem Peritoneum parietale vereinigt, die Höhle mit Jodoformgaze tamponirt. Dieselbe verkleinert sich rasch, secernirt aber reichlich eine stark reizende Flüssigkeit, durch deren Einwirkung sehr schnell die benachbarte Haut zerstört wird. Durch eine passend eingerichtete Drainage wird das Sekret aufgefangen, es entwickelt stark eiweißverdauende Eigenschaften. Seine Menge konnte genau bestimmt werden, sie betrug ca. 600 ccm pro Tag. Der Ausfluss erfolgte ununterbrochen, tropfenweise, doch konnte man beobachten, dass die stündlich entleerte Menge in der Nacht am geringsten, am Tage und nach der Nahrungsaufnahme am stärksten war. Der Urin des Pat. enthielt keinen Zucker. Pat. erholte sich schnell und wurde völlig geheilt. **Tietze** (Breslau).

53) **A. Guinard.** Pancréatite suppurée et gangreneuse.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 380.)

Die 51jährige Pat. G.'s litt seit lange an Nierenkoliken. Im Anfang December 1897 erkrankte sie plötzlich mit heftigen Schmerzen in der linken Seite, deren Hauptintensität etwas einwärts der linken Mamillarlinie zwischen Rippenbogen und Nabel saß; die Schmerzen sollen ganz anders gewesen sein, als bei den früheren Nierenkoliken. Es folgte mehrtägiges Fieber mit Temperaturen zwischen 38 und 39°, bis sich 5 Tage später Eiter zur Scheide entleerte. Diese Eiterung währte 10 Tage. Darauf heftiger Schmerz in der linken Seite. Absolute Dämpfung in der linken Axillarlinie in der Höhe der 8., 9. und 10. Rippe. Die Beschwerden halten $2^1/_2$ Monate an; die Kranke kommt, ohne viel zu leiden, mehr und mehr herunter. G., der jetzt Ende Februar 1898 die Kranke zum ersten Mal sah, dachte an einen subphrenischen Abscess und diagnosticirte eine eitrige Pankreatitis. Mittels Resektion der 9. Rippe drang er durch die mit einander verwachsenen Pleurablätter und das Zwerchfell vor und traf nach Durchtrennung einer 3—4 cm dicken Schicht verdichteten Gewebes auf Eiter. Die buchtige Höhle ließ sich nicht genau abtasten, zeigte 2 Divertikel, eines nach unten, ein zweites einwärts nach der Wirbelsäule zu gerichtet. Dem Eiter waren nekrotische Gewebstrümmer beigemengt, deren Aussehen makroskopisch an Pankreas erinnerte, deren mikroskopische Untersuchung indess Pankreasgewebe nicht nachweisen ließ. Gleichwohl glaubt G. an der Diagnose »eitrige Pankreasentzündung« festhalten zu müssen. Es folgte Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

54) **Lejars.** Myxo-lipome diffus du mésentère et des mésocolons.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 449.)

Die Geschwulst der zur Zeit der Operation 52jährigen Pat. wurde zuerst 2 Jahre vorher zufällig gelegentlich einer Perineorrhaphie entdeckt und als Fibrom

diagnosticirt. Ihre Exstirpation war damals von der Kranken verweigert worden. Im Laufe der 2 Jahre wuchs sie rasch, dehnte den Leib enorm aus, während Pat. sehr herunterkam und zum Skelett abmagerte; an beiden Unterextremitäten traten starke Ödeme auf. Eine genaue Palpation war nicht möglich. In der Annahme, es trotz des negativen Ergebnisses mehrfacher Probepunktionen mit einer großen Ovarialcyste zu thun haben, schritt L. zur Laparotomie. Er fand 2 Hauptgeschwulstmassen von röthlich gelber Farbe, die eine im Mesocolon des Colon descendens — sie erstreckte sich abwärts in das Mesocolon der Flexur und tief ins Becken hinein zu beiden Seiten des Mastdarms —, die andere im Mesocolon des Colon ascendens — sie reichte ins Gekröse des Dünndarms, überschritt die Wirbelsäule nach links, ragte aufwärts hoch unter die Rippenbögen, ließ bestimmte Grenzen nirgends erkennen. L. exstirpirte aus beiden Massen möglichst große Stücke, ohne jedoch an das Ende der Geschwulst gelangen zu können, musste zur Blutstillung 6 Klemmen liegen lassen, die am 3. Tage entfernt wurden. Die Kranke schien Anfangs den Eingriff gut zu überstehen, wurde dann aber rasch schwächer und starb 11 Tage nach der Operation. Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab ein Myxolipom. **Reichel** (Chemnitz).

55) **J. Mayer.** Dermoidcyste des Mesenteriums.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 47.)

Der Überschrift ist nur hinzuzufügen, dass die Diagnose vor der Operation auf Ovarialcyste gestellt worden war. Die Cyste war mannskopfgroß und enthielt außer dem erbsensuppenartigen Brei 8—10 cm lange schwarze Haare, die ebenfalls die Innenwand der Cyste dicht besetzten. Genesung. **Hübener** (Breslau).

56) **W. M. Rokitzki.** Ein Fall von Cholecystitis typhosa calculosa.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 1.)

Die 26jährige Pat. wurde am Ende der 3. Woche des Abdominaltyphus wegen Cholecystitis suppurativa an den Chirurgen überwiesen. 6 Tage später Eröffnung der Gallenblase, die fest mit dem Netz verwachsen und vollständig mit weichen Cholestearinsteinen (58 Stück) ausgefüllt ist. Die Steine zeigen auf den Durchschnitt radiäre, nicht koncentrische Streifung, sind also unlängst entstanden; im Eiter und im Centrum der Steine Typhusbacillen. Temperaturabfall 17 Tage nach der Operation; nach weiteren 20 Tagen positiver Ausfall der Widal'schen Probe. Da in der Anamnese keine Gallenblasensymptome vorhanden waren, nimmt R. an, dass die Konkremente in Folge Cholecystitis im Verlauf des Typhus gebildet wurden. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

57) **McBurney.** Removal of biliary calculi from the commor duct by the duodenal route.

(Annals of surgery 1898. Oktober.)

Verf. hat in 8 Fällen, wo es sich darum handelte, Konkremente aus dem Ductus choledochus in dessen unteren Partien herauszuholen, das Duodenum eröffnet, die Einmündungsstelle des Ganges in den Darm theils scharf, theils stumpf eröffnet und die betreffenden Steine extrahirt. Oft handelte es sich dabei um starke, schwer lösliche Verwachsungen um den Choledochus herum bei zum Theil nicht auffindbarer Gallenblase, also um Fälle, welche die Choledochotomie und zumal die Naht des Ganges sehr erschwert haben würden. Die Operation auf dem Wege der Darmeröffnung vollzog sich dagegen sehr glatt und leicht, so dass sie entschieden eine häufigere Anwendung verdient. Auffallend ist es, wie leicht sich die Erweiterung der Eröffnung des Ganges vollzieht. **Tietze** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin. F. König, in Berlin. E. Richter, in Breslau.
Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. **Sonnabend, den 27. Mai.** **1899.**

I. Eine neue Modifikation der Cheiloplastik.

Von

Dr. J. Silberberg in Odessa.

Obgleich die Entfernung einer Neubildung der Lippen in technischem Sinne gewöhnlich keine Schwierigkeiten darbietet, so bereitet zuweilen das weitere Verfahren — die Cheiloplastik — dem Chirurgen Schwierigkeiten, welche einerseits von der Größe des Defekts, andererseits von seiner Form und dem Ziel, welches der Chirurg verfolgt, abhängen. Es müssen nämlich 2 Ziele verfolgt werden: erstens soll

der Ausfluss der Speisen so wie des Speichels verhütet und eine gute Sprache ermöglicht werden und zweitens muss der Kosmetik Rechnung getragen werden. Es giebt eine Menge Methoden der Cheiloplastik, welche fast alle nur die erste, funktionelle, Bedingung erfüllen, indem sie die zweite — kosmetische — beinahe ganz außer Acht lassen, und nur bei wenigen Methoden erzielen wir auch gute kosmetische Effekte. — Zu den letzteren gehören die gewöhnliche keilförmige Excision mit nachfolgender Naht, dann das Langenbeck'sche, so wie auch das Estlander'sche Verfahren. Bei allen anderen Methoden haben wir statt des excidirten rothen Lippensaums nur eine Hautnarbe. Hierher gehören die Methoden nach Dieffenbach, Jäsche, Bruns, Sedillot, Blasius, Syme-Buchanan, Szymanowski u. A. Jede von diesen Methoden hat ihre Vorzüge und Nachtheile; ein sehr wesentlicher Nachtheil ist das Fehlen des rothen Lippensaums.

In der Idee, schon bei der ersten Operation einen rothen Lippensaum herzustellen, schlage ich eine Modifikation vor, welche nur in gewissen Fällen angewandt werden kann, nämlich da, wo kleine den Mundwinkeln anliegende Partien der erkrankten Lippe bei der Excision der Neubildung erhalten werden können. Die Vortheile dieses Verfahrens bestehen darin, dass wir von vorn herein um den ganzen Mund herum einen neugebildeten rothen Lippensaum gewinnen und da die Lappen 2 Stiele haben, die regelmäßige Ernährung derselben in hohem Maß gesichert wird.

Je nach dem Defekt werden gewöhnlich die Methoden von Dieffenbach oder Szymanowski in Verbindung mit dem von mir vorgeschlagenem Verfahren angewandt.

Die Operation wird folgendermaßen ausgeführt: Nach der keilförmigen Excision, z. B. der unteren Lippe, durchsticht man mit einem doppelschneidigen Messer, 1—$1^1/_2$ cm vom Mundwinkel entfernt, die Oberlippe an der Grenze des rothen Saums und führt den Schnitt nach außen zum Mundwinkel weiter, indem man das Messer zur Mucosa schräg durchführt, um einen recht breiten Lippensaumlappen zu erhalten; von hier aus geht der Schnitt an der Wange, der Mundrichtung folgend (Fig. 5 *ab*), 2—3 cm weit und nachher wird er nach unten parallel dem Defektrand geführt (*cbad*). Eben so wird der Lappen auf der anderen Seite gebildet (*nlkp*). Darauf werden in der Mittellinie des Defekts die neugebildeten Lappen zusammengenäht und somit werden die äußeren Abschnitte der Oberlippe eo ipso nach unten herüber gezogen. Es bleibt also nur übrig die herüber gezogene Lippe mit den Lappen zusammenzunähen und die Defekte an der Wange mittels einer Naht zu vereinigen (Fig. 6).

Besitzt der Defekt eine viereckige Form, so werden die Schnitte, wie auf Fig. 1 geführt, nämlich *cba* und *df* auf der rechten Seite der Wange, und *nlk* und *pq* auf der linken Seite. Das Zusammennähen der Lappen sieht man aus der Fig. 2.

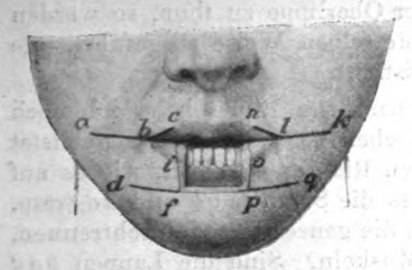


Fig. 1.

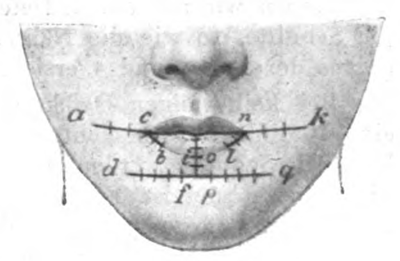


Fig. 2.

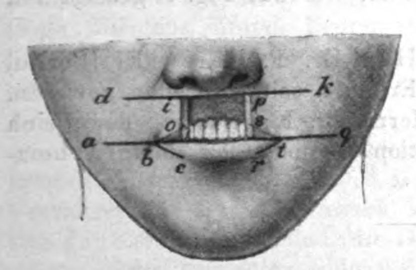


Fig. 3.

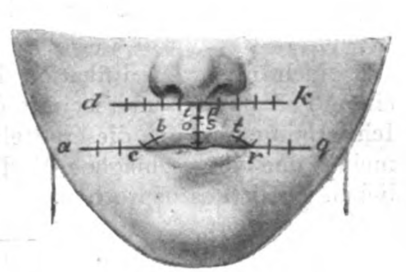


Fig 4.

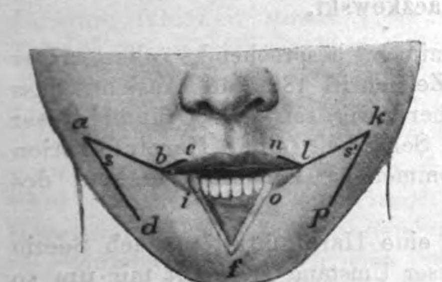


Fig. 5.

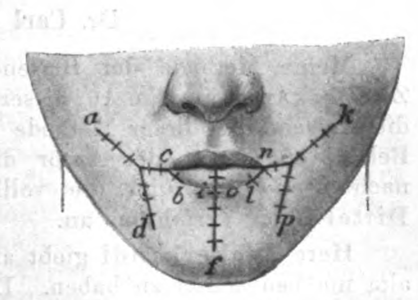


Fig. 6.

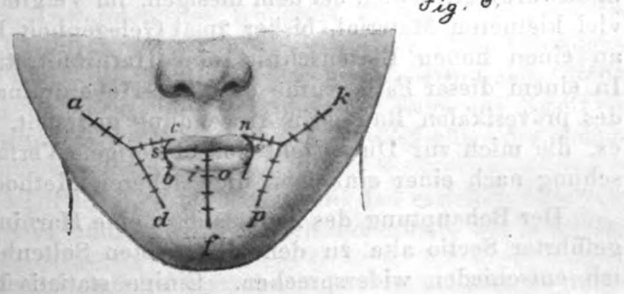


Fig. 7.

Haben wir mit einem Defekt der Oberlippe zu thun, so werden die Schnitte, so wie die Nähte, in derselben Weise ausgeführt, wie es aus der Fig. 3 und 4 ersichtlich ist.

Bei keilförmigen Defekten der unteren Lippe habe ich noch eine Modifikation versucht, die mir eben so gute Dienste geleistet hat. Die Schnitte werden in derselben Richtung geführt, wie es auf Fig. 5 gezeichnet ist, nur anstatt, dass die Schnitte *ab* und *ad* (resp. *kl* und *kp*) in der ersten Modifikation die ganze Wange durchtrennen, führe ich sie hier nur bis zu den Muskeln. Sind die Lappen *bad* und *lkp* freigelegt, so werden sie, wie schon früher erwähnt, in der Mittellinie vereinigt; alsdann werden die Spitzen der Lappen *s* (resp. *s'*) in die neugebildeten Lücken bei *c* (resp. *n*) eingenäht und die Operation wird mit Anlegen der Nähte, wie auf Fig. 7 gezeigt ist, beendigt.

Nach dieser Modifikation hat Herr Dr. F. Karewski (Berlin) einen Fall operirt und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden gewesen. Ich erlaube mir an dieser Stelle Herrn Dr. Karewski, der gleich meine ihm vorgeschlagene Modifikation versucht hat, meinen herzlichen Dank auszusprechen.

II. Nochmals zur Frage der Harnblasendrainage.

Von

Dr. **Carl Kaczkowski.**

Meine Methode der Blasendrainage besprechend, äußert Herr Zuckerkandl in No. 16 dieser Zeitschrift 1899 die Ansicht, dass die Anwendung dieser Methode überflüssig sei. Als Gründe dieser Behauptung führt der Autor die Seltenheit einer Harninfiltration nach Sectio alta und die vollkommenene Leistungsfähigkeit des Dittel'schen Verfahrens an.

Herr Zuckerkandl giebt an, eine Harninfiltration nach Sectio alta nie beobachtet zu haben. Dieser Umstand erscheint mir um so merkwürdiger, als ich bei dem hiesigen, im Vergleich mit dem Wiener viel kleineren Material, bisher 2mal Gelegenheit hatte, im Anschluss an einen hohen Blasenschnitt eine Harninfiltration zu beobachten. In einem dieser Fälle wurde eben die Heberdrainage und Tamponade des prävesikalen Raums in Anwendung gebracht. Diese Fälle waren es, die mich zur Durchsicht der bisherigen Verfahren und zur Forschung nach einer einfachen und sicheren Methode bewogen.

Der Behauptung des Autors, dass eine Harninfiltration nach ausgeführter Sectio alta zu den allergrößten Seltenheiten gehöre, muss ich entschieden widersprechen. Einige statistische Angaben mögen meine obige Ansicht bekräftigen. In einem am 3. Sitzungstage des XV. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für die

Debatte vorgelegten Sammelreferat berichtet Kramer[1] über die Statistiken Garcin's, Tuffier's und W. Meyer's. Der erstere Autor hatte unter 94 Epicystotomien 23 Todesfälle, von denen 7 auf Harninfiltration zurückgeführt wurden. Ähnliches ergab die 120 Fälle von Sectio alta umfassende Statistik Tuffier's, und zwar 27% Mortalität und als Todesursache am häufigsten (34%) Harninfiltration. W. Meyer gingen unter 41 Fällen 8 Kranke in Folge von Harnaustritt in die Bauchwunde an Sepsis zu Grunde. Weiter bezeichnet Herr Zuckerkandl das Dittel'sche Verfahren als das leistungsfähigste. In meiner Zusammenstellung habe ich dieses Verfahren nicht angeführt, da ich nicht eine erschöpfende Durchsicht aller Methoden bezweckte (dies that ich an anderer Stelle[2]), sondern nur die Richtungen diesbezüglicher Bestrebungen in allgemeinen Umrissen andeuten wollte. Ich trage übrigens einiges Bedenken, das vom Autor beschriebene Verfahren als ausschließlich Dittel'sches zu bezeichnen, da dasselbe ebenfalls von Billroth[3] und französischen Chirurgen geübt wurde. Die zahlreichen später angegebenen Verfahren beweisen zur Genüge, dass die Ersetzung des Heberprincips doch diskutabel sei — und meiner Ansicht nach es noch lange bleiben wird! Das Dittel'sche Verfahren scheint also nicht alle Chirurgen befriedigt zu haben. Übrigens sind die Erfolge, die Dittel[4] selbst mit seiner Methode erzielte, nicht besonders glänzend. Unter 13 Fällen von Sectio alta verlor Dittel 2 Kranke an Bauchdeckenphlegmonen, d. i. über 15%. Es ist doch nicht anzunehmen, dass die Infektion während der Operation stattgefunden hätte. Nach alledem unterliegt die große Leistungsfähigkeit dieses Verfahrens wohl ernstem Zweifel. Das Dittel'sche Verfahren lässt sich außerdem mit den Principien der modernen Wundbehandlung nicht recht in Einklang bringen. Eine inficirte Wunde ist offen zu behandeln, heißt es — und nun sollen wir über einer unvollkommen geschlossenen Blase, aus welcher neben dem Drainrohr zersetzter oder mit Eiter gemengter Harn ausfließt, eine Bauchdecknaht ausführen! Solch ein Verfahren kann doch gegenwärtig kaum viele Anhänger finden.

Zuletzt erwähne ich, dass mein Verfahren an 3 Kranken unserer Klinik angewendet wurde; in allen Fällen mit ausgezeichnetem Erfolg.

Ein einmaliges Anwenden des Apparats überzeugt von seiner Unkomplicirtheit. Er funktionirt, einmal eingestellt, ohne besondere Aufsicht tadellos. Letzteres lässt sich von der Heberdrainage nicht behaupten, da eine unbedeutende Änderung der Lage des Kranken die Funktion des Apparats aufhebt und ein Herausfließen des Harns neben dem Drainrohr zur Folge hat.

Meine bisherige Erfahrung erlaubt mir, mit den erzielten Erfolgen zufriedengestellt zu sein, und es werden mich nur ernste, aus längerer,

---

[1] Moderne Wandlungen der Steinoperationen. Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXXIV. Hft. 1. p. 70.

[2] Przegląd lekarski 1899.

[3] Kramer, l. c. p. 69. [4] Kramer, l. c. p. 71.

vorheriger Anwendung des Apparats geschöpfte Argumente von der Überflüssigkeit und Komplicirtheit des Verfahrens überzeugen können.

---

1) **Feinberg.** Über Amöben und ihre Unterscheidung von Körperzellen.

(Fortschritte der Medicin 1899. No. 4.)

Mittheilung eines einfachen Kulturverfahrens für Amöben und geeigneter Färbemethoden, auch für encystirte Exemplare, vermittels deren es möglich sein soll, Amöben von Körperzellen zu unterscheiden. Zur näheren Orientirung muss auf den etwas geheimnisvoll gehaltenen Artikel und die beigegebenen Tafeln verwiesen werden.

Teichmann (Berlin).

---

2) **Neuburger.** Über Sublimatvergiftung.

(Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1899. No. 3 und 4.)

Verf. bespricht an der Hand einer sehr großen Litteratur — auf über 100 Arbeiten wird Bezug genommen — die viel häufiger, als schlechthin angenommen wird, vorkommende Sublimatvergiftung. Am häufigsten ist die medicinale Vergiftung. Namentlich durch Resorption vom Darm, Bauchfell, Uterusschleimhaut aus entsteht sie häufig. Selbstmord soll selten sein wegen des äußerst schlechten Geschmacks. Die Sublimatvergiftung bietet kein charakteristisches Bild. Die Ansichten der Autoren über die Giftwirkung sind eben so verschieden wie die beobachteten Krankheitsbilder. In allen Variationen, nach Art der Applikation, Koncentration, Menge und hauptsächlich auch nach Art der individuellen Empfänglichkeit, bieten sich Bilder, die völlig gleich sind denen der Vergiftung mit Karbolsäure, arseniger Säure, Bismuth. subnitric. etc. Von Krankheiten kommen differentialdiagnostisch hauptsächlich Cholera, Cholera nostras, Ruhr und septische Processe in Frage. Das Krankheitsbild der Sublimatvergiftung ist wohl desshalb so variabel, weil es in den meisten Fällen durch Erscheinungen des Grundleidens, gegen welches das Sublimat angewandt wurde, komplicirt ist. Auch pathologisch-anatomisch finden sich keine für Sublimat specifischen Veränderungen. Die als solche von Vielen angesehene »Kalkniere« ist auch bei anderen Vergiftungen nachgewiesen. Was in den akutesten Fällen als unmittelbare Todesursache anzusprechen ist, ob Herzlähmung in Folge direkter Giftwirkung auf das Centralnervensystem, ob Urämie, ob eine der Fermentintoxikation ähnliche Alteration des Blutes, ist ebenfalls strittig. Der chemische Nachweis von Sublimat resp. Hg in Leichentheilen ist in forensischer Hinsicht häufig auch ziemlich werthlos. Bei negativem Resultat kann das Sublimat bis zum Tode bereits wieder ausgeschieden gewesen sein. Bei positivem Befund kann das Sublimat erst postmortal eingeführt und durch Diffusion in die verschiedenen Organe gelangt sein. Auf jeden Fall ist die

exakte Diagnose »Sublimatvergiftung« mit dem bloßen Befund sehr schwer zu stellen. **Teubner** (Hannover).

---

3) **Mühsam.** Versuche mit Röntgenstrahlen bei experimenteller Tuberkulose. (Aus der chir. Abtheilung des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin, Dir.: Prof. Dr. Sonnenburg.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 45.)

M. hat 16 Meerschweinchen mit Tuberkelbacillen inficirt; 12 andere dienten als Kontrollthiere.

Geimpft wurde in die Bauchhöhle, in die Leistengegend, ins Kniegelenk und in die Haut.

Die durchstrahlten Thiere widerstanden der Infektion meist länger.

M. kommt daher zu folgendem Schluss: Die Röntgenstrahlen halten die allgemeine Tuberkulose beim Meerschweinchen nicht auf, dagegen schwächen sie bis zu einem gewissen Grad eine lokale Tuberkolose ab. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

---

4) **M. Prokrowski.** Über Lymphangiome. (Aus dem pathol.-anatom. Institut der Moskauer Universität.)

(Chirurgia 1898. Bd. IV. p. 409. [Russisch.])

P. hatte Gelegenheit, am pathol.-anat. Institut (Dir. Prof. Nikiferow) 5 Fälle von Lymphangiom zu untersuchen. Unter Mittheilung dieser Untersuchungen giebt er eine ausführliche Abhandlung über diese ganze Frage und eine tabellarische Übersicht über 283 publicirte Fälle. Den Schluss bildet ein Litteraturverzeichnis von 227 Nummern. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

---

5) **V. Schuchardt.** Die Krankheiten der Knochen und Gelenke (ausschließlich der Tuberkulose).

6) **F. Krause.** Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke.

(Deutsche Chirurgie. Lfg. 28 und 28a. Stuttgart, **F. Enke,** 1899.)

Es ist mit Freuden zu begrüßen, dass die Bearbeitung der obigen Themata zwei Chirurgen übertragen worden ist, welche das Glück gehabt hatten, durch Jahre hindurch unter R. v. Volkmann, dem Schöpfer der »Krankheiten der Bewegungsorgane«, thätig zu sein und sich in seine Anschauungen einzuleben. Ausgerüstet mit den bei diesem großen Lehrer und Meister erworbenen und später in eigener selbständiger und umfangreicher Thätigkeit erweiterten Erfahrungen und mit reichen pathologisch-anatomischen Kenntnissen haben sie diese und jene zusammen mit den Ergebnissen der mit erstaunlichem Fleiß gesammelten und mit sorgfältiger Kritik gesichteten Arbeiten Anderer in vorliegenden Werken niedergelegt. Welche gewaltige Aufgabe sie damit geleistet, darauf weist schon

das Litteraturverzeichnis hin, das bei S. fast 130, bei K. beinahe 50 Seiten füllt, dessen Anordnung jedoch in beiden verschieden, bald chronologisch, bald alphabetisch erfolgt ist. Die Eintheilung des Stoffes anlangend, dessen klare Darstellung durch zahlreiche vortreffliche Abbildungen im Text und einige Tafeln in Farbendruck unterstützt wird, so giebt S. auf den 338 Seiten seines Werkes nach anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen, in denen auch die Änderungen der inneren Knochenarchitektur unter pathologischen Verhältnissen und die Osteoplastik in der praktischen Chirurgie besprochen werden, zunächst eine Schilderung der atrophischen, Erweichungs- und hypertrophischen Zustände des Skeletts, im Weiteren der Infektionskrankheiten desselben und der autonomen Neubildungen des Knochens, während in dem zweiten, die Krankheiten der Gelenke betreffenden Theil zuerst die exsudativen, dann die proliferirenden und atrophirenden Entzündungen und schließlich die dyskrasischen und nervösen Erkrankungen abgehandelt werden, die — freilich wohl nur selten primär im Gelenk entstehenden — Geschwülste unerwähnt bleiben. Es weicht somit die Anordnung des Inhalts in mancher Hinsicht von der bisher üblichen ab, in so fern z. B. die toxischen Skeletterkrankungen, bei denen allerdings ziemlich häufig die Bildung der Osteophyten, gleichsam eines »funktionellen Ersatzgewebes«, ein Stadium der Knochenmalakie vorausgeht, den Erweichungszuständen, die Knochenechinokokken den Infektionskrankheiten des Skeletts eingereiht werden etc. — Auch auffallend kurz sind manche Abschnitte gehalten; so z. B. die über die Ätiologie der akuten Osteomyelitis, über die nach akuten Infektionskrankheiten auftretenden Knochenerkrankungen, unter denen nur die beim Typhus abdominalis vorkommenden etwas ausführlicher besprochen werden, ferner über die Diagnose und Behandlung der Knochengeschwülste und vor Allem der ganze, von den Gelenkkrankheiten handelnde Theil, in welchem für einzelne Affektionen — vgl. unter Anderen die Kapitel über Altersveränderungen, Harnsäuregicht und Gelenkerkrankungen bei Hämophilie — nur wenige Zeilen verwendet sind. Überhaupt tritt fast überall in S.'s Monographie das Anatomische gegenüber dem Klinischen mehr in den Vordergrund. Was indess S. bietet, ist, obgleich stellenweise allzu stark zusammengezogen, durch klare, sachliche Kritik und das hervorragende pathologisch-anatomische Verständnis des Autors ausgezeichnet. —

K., dessen frühere Abhandlung über die Tuberkulose der Knochen und Gelenke mehr die eigenen experimentellen Untersuchungen und die in v. Volkmann's Klinik gesammelten Erfahrungen berücksichtigte, giebt in seiner jetzigen Bearbeitung ein die gesammte Litteratur erschöpfendes Bild dieser Krankheit. Die Besonderheiten der tuberkulösen Erkrankung beim Auftreten in den Epiphysen oder Diaphysen der langen Röhrenknochen, in den kurzen und platten Knochen, in den Gelenken werden mit den Folgezuständen eingehend geschildert, die Pathogenese und Ätiologie, Symptomatologie und

Diagnose unter Verwerthung zahlreicher Röntgographien ausführlich besprochen und schließlich auf über 100 Seiten die Behandlung in ihren verschiedenen Methoden und Resultaten dargestellt. Beschloss die 1891 erschienene Monographie K.'s die Wiedergabe der berühmten Koch'schen Arbeit über ein »Heilmittel gegen Tuberkulose«, so — auch Heilmittel haben ihre Schicksale — beschränkt sich K. in der vorliegenden darauf, mit wenigen Worten den sehr geringen, bezw. zweifelhaften Werth des Tuberkulins zu konstatiren, um desto höher den Nutzen der Jodoformbehandlung, der venösen Stauung, wo möglich der Kombination beider Methoden, der fixirenden und extendirenden Verbände und Apparate bei genügend langer Anwendung und den Erfolg operativen Eingreifens, wo es in Betracht zu ziehen ist, zu bewerthen. Auch für die bei letzterem erreichten Resultate bringt K. mehrere lehrreiche Röntgographien; gleich diesen werden seine ebenfalls durch Abbildungen ergänzten Bemerkungen über das Calot'sche Redressement besonders interessiren. — K.'s Darstellung wird sicherlich bei jedem Leser einen vorzüglichen Eindruck hervorrufen. **Kramer** (Glogau).

---

7) **P. Klemm** (Riga). Über Streptomykose der Knochen. Osteomyelitis streptomycotica.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 234. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1899.)

Mit Anderen an der einheitlichen Ätiologie der klassischen Osteomyelitis festhaltend und die Staphylokokken als Ursache derselben ansehend, erachtet K. es als wünschenswerth, die durch Streptokokken, Pneumokokken, Typhusbacillen etc. bedingten Affektionen der Knochen von dem Gros der eitrigen Knochenerkrankungen abzutrennen und gesondert zu betrachten, wie es schon längst mit der Knochentuberkulose geschehen. — Er selbst macht in vorliegender Abhandlung damit den Anfang, indem er sich mit der Streptomykose auf Grund einiger eigener und der in der Litteratur veröffentlichten Beobachtungen näher beschäftigt. Hierbei kommt er zu folgenden Resultaten: 1) Anfang und Verlauf der Affektion unterscheiden sich in Nichts von der Staphylokokken-Osteomyelitis. 2) Ätiologisch lassen sich gelegentlich diagnostisch Anhaltspunkte für die Streptomykose gewinnen, in so fern ein Zusammenhang zwischen der Knochenerkrankung und einer jener Krankheiten zu bestehen scheint, die entweder auf Streptokokkeninvasion beruhen oder mit einer solchen erfahrungsgemäß häufig komplicirt sind (Puerperalaffektionen, Nabelerkrankungen Neugeborener, Scharlach, Angina, Diphtherie u. A.). 3) Die Krankheit befällt sehr häufig junge Kinder. 4) Die Veränderungen am Knochen sind im Gegensatz zur Osteomyelitis acuta staphylomycotica geringfügig; sie bestehen häufig in corticalen Herden oder solchen an den Epiphysen oder Epiphysengrenzen, so dass Epiphysenlösung und Gelenkergüsse viel häufiger sind, die fortschreitende Markphlegmone aber fehlt. 5) Die Streptomykosen der Drüsen, des Bindegewebes und zum Theil auch der

Knochen sind charakterisirt durch hochgradige ödematöse Zustände; die Vereiterung der erkrankten Gewebsabschnitte ist nicht so intensiv wie bei den Staphylomykosen, hingegen aber besteht große Neigung zum brandigen Zerfall der ödematösen Bezirke.

Kramer (Glogau).

---

8) **Vavan.** Sugli innesti ossei.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 13.)

V. hat die verschiedensten Materialien auf ihre Härte, ihre Porosität und ihren Kalksalzgehalt mit Bezug auf den Knochenersatz experimentell geprüft und gefunden, dass der Ersatz um so leichter und schneller vor sich geht, je mehr sich der Kalksalzgehalt der Ersatzsubstanz dem der anorganischen Knochenbestandtheile nähert. Die Ersatzsubstanz darf nicht fein gepulvert sein, weil sie sonst resorbirt wird, bevor sie zur Knochenbildung verwandt werden konnte. Je poröser die Ersatzsubstanz ist, um so leichter bildet sie neuen Knochen. Aber Härte und Porosität allein genügen nicht zur Knochenbildung, wie Versuche mit negativem Resultat, die mit Coaks angestellt wurden, ergaben.

Dreyer (Köln).

---

9) **Gaibissi.** Sul trapianto di frammenti di calli ossei, a vario periodo die evaluzione.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1898. No. 142.)

G. hat bei Hunden Schädeldefekte mit Callusmassen derselben Thiere auszufüllen versucht. Die implantirten Stücke fielen um so schneller einer fibrösen Umwandlung anheim, je jünger sie waren. Wenn dagegen solche Callusstücke in Defekte der Diaphysen gepflanzt wurden, so erweichten sie zwar auch im Innern, regten aber den umgebenden Knochen zu einer knochenbildenden Proliferation an. Wenn der Callus am Schädelknochen zu einer vollständigen Verknöcherung gelangte, so bewahrte er auch seine Existenz.

Dreyer (Köln).

---

10) **G. de Francisco.** Sull' otturamento delle cavita ossee per mezzo di corpi estranei.

(Morgagni 1898. No. 11.)

Aus den angestellten Experimenten geht hervor, dass die geeignetsten Substanzen zur Füllung von Knochenhöhlen Kupferamalgam und der von den Zahnärzten gebrauchte Cement sind. Es ist stets angebracht, Jodoform hinzu zu setzen. Die Hautwunde wird am zweckmäßigsten am 3. Tage genäht. So werden eingezogene und mit dem Knochen verwachsene Nähte am besten vermieden.

Dreyer (Köln).

---

11) **Arcoleo.** Ricerche sperimentali sul traumatismo delle guaine tendinee.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1898. No. 151.)

Um die Unabhängigkeit der Sehnen von ihren Scheiden zu studiren, hat A. Experimente an Hunden und Kaninchen ausgeführt. Dieselben ergaben, dass die Sehnenscheide für eine gute Ernährung der Sehne unerlässlich ist. Traumen der Scheiden rufen desshalb auch in den Sehnen eine entzündliche Reaktion hervor. Dagegen bewirkt die vollkommene Entfernung der Scheide keine Nekrose der Sehne, sondern nur eine vorübergehende Entzündung derselben.

Dreyer (Köln).

---

12) **Betagh.** Contributo sperimentale allo studio del processo di riparazione nelle lesioni dei nervi periferici.

(Durante's Festschrift Vol. III.)

Verf. hat seine Versuche an Hunden und Kaninchen ausgeführt. Die Verletzungen peripherer Nerven heilten nicht unmittelbar, sondern einer ersten regressiven Phase folgte erst das Heilungsstadium. Der Degenerationsprocess betrifft das ganze untere Nervenende, aber nicht gleichmäßig, sondern stufenweise. Die im oberen Ende betroffenen Fasern können als rückläufige betrachtet werden. An der ersten Ranvier'schen Einschnürung macht die Degeneration nicht Halt. Achsencylinder und Myelin sind betroffen. Fragmentation, fettige Entartung und vollständige Absorption sind die einzelnen Stadien. Die Schwann'sche Scheide bleibt bald leer zurück, bald wird auch sie zerstört. Bei der Absorption spielen Leukocyten keine Rolle, dagegen wohl die neugebildete Faser. Trophische Störungen sind es nicht, die das regressive Stadium veranlassen. Am oberen Stumpf ist der Regenerationsprocess ein kontinuirlicher und tritt am 12. bis 20. Tage nach der Verletzung auf. Die neuen Achsencylinder gehen aus den bereits bestehenden hervor und treffen sich einige Centimeter oberhalb der verletzten Stelle. Sie wachsen centifugal in den alten noch vorhandenen Schwann'schen Scheiden. Sie sind mit einer transparenten Scheide umgeben. Bald sind sie vereinzelt, bald in Gruppen vereinigt. In der Schwann'schen Scheide tritt gleichzeitig eine sehr starke Kernvermehrung auf. Das Perineurium wird indessen verdickt und theilt sich in Bündel, in denen die einzelnen oder vereinigten Nervenfasern verlaufen. Auch eine theilweise sehr starke Neubildung von Gefäßen tritt ein. Durch die Wucherung des Bindegewebes des oberen und unteren Nervenendes wird zuerst die Vereinigung der beiden Enden herbeigeführt. Die Richtung der neuen Fasern ist zuerst mannigfaltig und ungeordnet. Mit dem Auswachsen der Fasern wird auch ihre Richtung eine typische, was durch das Einschieben von Fremdkörpern noch begünstigt wird. Diese Fremdkörper verhalten sich bei den einzelnen Thieren verschieden. Beim Kaninchen werden sie langsam resorbirt, beim Hund schnell. Bei ersterem besteht eine Neigung zur Einkapselung. In

Folge dessen können noch nach Monaten Reste von Katgut, Seide und Knochen gefunden werden. Die neuen Nervenfasern laufen um die Fremdkörper herum. Das ist der Sinn der Nervenplastik. Bei der Absorption der Fremdkörper spielen die Leukocyten eine Rolle, was jedoch beim Hund in Folge der schnellen Resorption schwer nachweisbar ist. Wenn man Schwamm als fremden Körper benutzt, so folgen die Fasern den Poren und gewinnen ein netzförmiges Aussehen. Nach vollendeter Heilung wird das Perineurium dünner und führt vielleicht mechanisch zur Degeneration einiger Fasern.

Dreyer (Köln).

---

13) **A. Catterina** (Camerino). Über Resektion des Ellbogengelenks.

(Policlinico 1898. Juli 15.)

Die nicht bloß theoretisch ersonnene, sondern auch klinisch erprobte Methode des Verf. wird folgendermaßen ausgeführt: Längsschnitt über die hintere, äußere Seite des Ellbogengelenks, 5—10 cm oberhalb der Radio-Humeralverbindung beginnend und über das Radiusköpfchen hinweg am Knochen entlang laufend. Senkrecht zu diesem Hautschnitt wird, genau in der Höhe des Radio-Humeralgelenks, ein Querschnitt angelegt, so dass 2 dreieckige Weichtheillappen gebildet werden. Diese werden subperiostal abgelöst, das Olecranon von außen nach innen in der Ebene des Hautschnitts quer durchtrennt, der Ulnarnerv isolirt und nach innen verschoben. Es folgt die Exstirpation der Synovialis und die Modellirung der Gelenkenden. Die letztere wird in der Weise vorgenommen, dass zuerst das Gelenkende des Humerus quer abgesägt und die zurückbleibende Amputationsfläche stufen- oder schaufelförmig (durch Heraussägen eines rechteckigen Stücks) angefrischt wird. Dann wird das Radiusköpfchen abgesägt und (durch rechtwinklige Entfernung des Proc. coronoïd.) die Ulna in ähnlicher Weise wie der Humerus angefrischt. Es wird auf diese Weise ein hinterer Fortsatz der Ulna gebildet, welcher gewissermaßen das Olecranon ersetzt. Die so vorbereiteten Gelenkenden werden nun in der Weise mit einander verschränkt, dass die resecirten Vorderarmknochen in die Nische des Humerus eingelagert werden, und der Sporn der Ulna hinten vorspringt. Die Fixirung wird durch 2 Nägel erreicht, welche durch den Humerus in die Vorderarmknochen eingetrieben werden. Das Olecranon wird quer durchsägt und mit seiner Wundfläche auf die Ulna, unterhalb des neugebildeten Fortsatzes, aufgenagelt. Blutstillung, Naht der Weichtheile. Das Gelenk wird in einem leicht spitzen Winkel fixirt. Verf. rühmt seine Methode als leicht, nicht gefährlich und in allen Fällen anwendbar. Als Beweis dafür gelten die 3 beigefügten Krankengeschichten; bemerkenswerth ist, dass in 1 Falle, der allerdings keine Tuberkulose betraf, eine ziemlich gute Beweglichkeit zu Stande kam, dass also nicht nothwendigerweise Ankylose eintreten muss.

H. Bartsch (Heidelberg).

---

14) **L. Bégoune.** Contribution à l'étude du doigt à ressort.
Inaug.-Diss., Genève, **Rey et Malavallon,** 1898. 75 S. 3 Abb.

Verf. bespricht in der auf Veranlassung von Roux in Lausanne geschriebenen Dissertation sehr eingehend die Pathologie und Therapie des »schnellenden« Fingers. Er gründet sich dabei sowohl auf die bisher veröffentlichten Fälle, als besonders auf 8 eigene, bezw. ihm von Roux zur Verfügung gestellte Beobachtungen. In 5 dieser Fälle wurde das Leiden operativ behandelt. Unter den 3 nicht operirten Pat. ist der Verf. selbst, der während einiger Monate an einem »schnellenden Finger« rheumatischen Ursprungs litt. Was die 5 operirten Fälle betrifft, so fand sich bei dem einen die Scheide des M. flexor pollicis longus an einer Stelle verdickt und mit einer dünnen Bindegewebsschicht belegt. Nach partieller Excision der Sehnenscheide hörte das Schnellen auf. Im 2. Falle fand sich eine schrotkorngroße Verdickung der Sehne des Flexor pollicis longus. Die Excision der Verdickung brachte das Schnellen zum Verschwinden. Bei der 3. Pat. fand Roux eine sich auf 9 mm erstreckende spindelförmige, derbe Verdickung der Sehne des langen Daumenbeugers. An der Sehnenscheide dagegen fand sich nichts Besonderes. Die Sehne wurde durch theilweise Excision der verdickten Stelle auf normales Volum gebracht, und das Schnellen verschwand. Die letzten beiden Operationen betreffen die beiden Hände derselben Pat. Das Schnellen bestand an allen Fingern beider Hände, außer an den Daumen. Als Ursache fand sich eine spindelförmige, aus tuberkulösem Gewebe bestehende Verdickung sämmtlicher Sehnen des tiefen Fingerbeugers centralwärts vom Ansatz der M. lumbricales. Die Entfernung des den Sehnen angelagerten tuberkulösen Gewebes brachte das Schnellen zum Verschwinden.

Anhangsweise — zur Illustration der principiellen Verschiedenheit des »Doigt à ressort« und des »genou à ressort« — führt Verf. noch 2 von Roux beobachtete Fälle letzterer Affektion an, von denen der eine laut Operationsbefund auf einen traumatischen Knorpeldefekt am Condylus externus femoris zurückzuführen war, während es sich in dem anderen um angeborene spontane Subluxation beider Kniegelenke handelte.

Eingehend werden an der Hand dieses Materials die verschiedenen Theorien des »schnellenden Fingers« besprochen. Verf. weist die von Carlier gebrachte Erklärung des vorliegenden Krankheitsbildes als »Beschäftigungskrampf« zurück, und kann sich auch mit der von Poirier vertheidigten Gelenktheorie nicht befreunden. Er kommt vielmehr zum Schluss, dass der wahre »schnellende Finger« einzig auf ein Missverhältnis zwischen Sehne und Sehnenscheide zurückzuführen ist, entsprechend der Menzel'schen Theorie. Er nimmt dabei mit Felicki, Blum und Marcano an, dass dies Hindernis, bezw. die Verdickung, nicht nothwendig gleichzeitig an Sehne und Sehnenscheide vorhanden sein müsse, sondern dass sie sich bald nur am einen, bald nur am anderen dieser Organe finden könne. Das

Schnellen selbst soll sich in den Interphalangealgelenken abspielen, nicht im Phalango-metacarpalgelenk.

Als Ursache führt B. den Rheumatismus und die Gicht, Überanstrengung und traumatische Einflüsse an. Häufig werden die beiden ersteren Ursachen gleichzeitig angegeben. In seltenen Fällen liegt Tuberkulose vor; ausnahmsweise ist der »schnellende Finger« angeboren. Bezüglich der Behandlung empfiehlt Verf. in erster Linie die Berücksichtigung der rheumatischen und gichtischen Dispositionen, ferner Massage, Elektricität, Bäder etc. Nützt dies nichts, oder liegt eine traumatische oder anderweitige greifbare Sehnenveränderung vor, so ist operativ einzugreifen. Der Eingriff soll sich durchaus auf Sehne und Sehnenscheide beschränken und die Gelenkbänder in Ruhe lassen. In der Nachbehandlung sind natürlich Gymnastik, Bäder und Massage von großer Bedeutung.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

15) **Féré.** Contribution à l'étude des doigts à ressort.

(Revue de chir. 1899. No. 1.)

F. weist in der Abhandlung nach, dass das Symptom des »schnellenden Fingers« nicht nur bei Veränderungen an Sehne, Sehnenscheide oder Gelenk, sondern auch, ohne dass solche vorliegen, unter Bedingungen zu Stande kommen kann, welche die Richtung der Muskelkraft bei den Bewegungen der Beugung und Streckung modificiren. So hat Verf. das Phänomen z. B. bei Pianisten ohne Schmerzen auftreten gesehen, wenn die Beugung oder Streckung der Finger in Abduktionsstellung der Hand ausgeführt wurde, so es an sich selbst und Anderen unter gleichen Bedingungen herstellen können, so es ferner bei Nervenleidenden (Hysterischen im Erschöpfungsstadium nach epileptischen Anfällen etc.), welche verschiedene Bewegungsstörungen darboten, und schließlich als Resultat eines durch einen lokalen Reiz hervorgerufenen reflektorischen Krampfes beobachtet.

Kramer (Glogau).

---

16) **F. Schopf.** Über Aneurysmen der Arteria ilio-femoralis (iliaca externa et femoralis communis).

(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 47).

Mittheilung über die Operation eines derartigen Aneurysmas bei einem 36jährigen Pat. Exstirpation desselben. Darauf folgende Gangrän des Unterschenkels, die die suprakondyläre Oberschenkelamputation nothwendig machte. Ungeachtet dessen erlag der Pat. nach ca. 4 Wochen einer Lysis. S. stellt im Ganzen 85 Fälle von Aneurysmen der Arteria ilio-femoralis, nach verschiedenen Behandlungsmethoden geordnet, zusammen und stellt für die Behandlung derselben folgende Grundsätze auf:

1) Wenn irgend möglich, sollte in jedem Falle die Kompression versucht werden.

2) Man kann dadurch entweder die Heilung erzielen, und wenn nicht, doch wenigstens den Kollateralkreislauf vorbereiten.

3) Muss dann ein operatives Verfahren eingeschlagen werden, so ist die Totalexstirpation, wenn sie ausführbar ist, als die sicherste Methode zu wählen.

Die 8 in der Litteratur niedergelegten Fälle von Exstirpation (inkl. des mitgetheilten) ergeben 25% Mortalität gegen 75% Heilung.

Hübener (Breslau).

---

17) **Gibney, Waterman** and **Reynolds.** A contribution to the study of hip-disease. On the ultimate results of the mechanical and operative treatment.

(Annals of surgery 1898. Oktober.)

Die wichtigsten der Schlussfolgerungen, zu denen Verff. sich auf Grund der Beobachtung eines reichhaltigen Materials berechtigt glauben, sind folgende:

3) Während des akuten Stadiums der tuberkulösen Coxitis ist Bettruhe, verbunden mit mechanischen Maßnahmen der ambulatorischen Behandlung vorzuziehen.

4) Unter den genannten Maßnahmen verdient in erster Linie Verwendung zu finden der Extensionsverband.

5) Im zweiten Stadium — d. h. frühestens 6 Monate nach Beginn — handelt es sich vor allen Dingen um Beseitigung der bestehenden Deformität.

9) und 10) Anzuwenden ist zunächst ein stark forcirtes manuelles Redressement, gefolgt von Ruhigstellung des Gliedes, bei Misslingen dieses Versuchs Osteotomie des Femur, verbunden mit Durchschneidung spannender Muskeln und Fascien.

11) Die Injektion verschiedener chemischer Mittel in Abscesse und Fisteln war erfolglos.

12) Kehrt ein Abscess trotz mehrfacher Aspiration wieder, so empfiehlt sich die Operation (Resektion).

13) Abscesse im Verlauf der Gelenkkrankheit verschlechtern bei jugendlichen Individuen die Prognose weniger, als das später der Fall ist.

Tietze (Breslau).

---

18) **R. Zülzer.** Die Schleimbeutel der Hüfte und deren Erkrankungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 148.)

Ein Fall von chronischer Bursitis subiliaca, der zu der irrigen Diagnose eines Schenkelhalsbruchs mit starker Callusbildung Anlass gab und später von Hoffa eingehend aufgeklärt wurde, hat zu dieser Arbeit Anregung gegeben, die den Zweck hat, die Bursitiden in der Hüftgegend, die ziemlich selten sind und daher praktisch bei der Differentialdiagnose zu wenig beachtet werden, näher zu besprechen. Z. beginnt mit Erörterung der anatomischen Verhältnisse. Die größte praktische Wichtigkeit besitzen der Schleimbeutel unter dem Ileo-

psoas und derjenige unter der Aponeurose des Glutaeus maximus über dem großen Trochanter. Wie diese beiden die am regelmäßigsten in der Hüftgegend vorkommenden Schleimbeutel sind, dienen sie auch am häufigsten als Sitz von entzündlichen Hygromen, Cysten und Abscedirungen. Z. hat eine Kompilation der in der Litteratur veröffentlichten einschlägigen Krankheitsberichte vorgenommen, deren Ergebnis, obwohl auch die vorantiseptische Zeit berücksichtigt wurde, verhältnismäßig dürftig ist, nämlich 60 Fälle beträgt. Von diesen kommen die ersten 14 auf subiliacale Bursitiden, der Rest auf Entzündungen der Bursa trochanterica. Die zusammengestellten Fälle sind nicht alle gleichen Werthes, in manchen scheint dem Ref. die nicht ganz genügende Berichterstattung die Richtigkeit der Diagnosenstellung zweifelhaft zu lassen. Immerhin reicht das zusammengetragene Material aus, um die Klinik dieser Erkrankungen klarzulegen. Die Bursitis subiliaca hat ihren Sitz unter dem Poupart'schen Band in der Nähe des Ileopsoas, von wo aus sie zu stattlichen, bis zur Oberschenkelmitte reichenden Geschwülsten heranwachsen kann. Die Geschwülste sind glatt, meist mehr oder weniger druckempfindlich, in der Regel fluktuirend, können aber auch bei starker Spannung solide Konsistenz vortäuschen. Druck auf den Cruralnerven kann entsprechende neuralgische Schmerzen, Druck auf die großen Gefäße Venenthrombose veranlassen. Die Beweglichkeit der Hüfte kann behindert und durch die Schmerzen Annahme von abnormen Beinstellungen veranlasst werden. Meist stellt sich der Schenkel in Abduktion, Außenrotation und leichte Flexion, woraus sich die Ähnlichkeit der Erkrankung mit Coxitis ergiebt. Zur diagnostischen Ausschließung der letzteren dient der Nachweis einer fehlenden Beinverkürzung bez. des Standes des großen Trochanters genau in der Roser-Nélaton'schen Linie, ferner die Unempfindlichkeit des Hüftgelenks selbst. Für die Mehrzahl der Fälle haben Traumen eine ätiologische Rolle gespielt, seltener Infektionen mit Rheumatismus, Syphilis, Gonorrhoe etc. Die Ausbildung dieser Hygrome ist außerordentlich chronisch, z. Th. eine sich auf mehrere Jahre belaufende. Die Bursitiden am Trochanter verhalten sich, abgesehen von ihrem anderen Standorte, den subiliakalen in jeder Beziehung außerordentlich ähnlich. Bei ihnen kommt es diagnostisch nicht nur darauf an, Coxitis mit ihren periartikulären Abscessen, sondern auch die extraartikuläre Ostitis des Trochanters auszuschließen. Von Interesse ist, dass der trochantere Schleimbeutel häufig an Tuberkulose erkrankt, und ferner, dass der Schleimbeutel der linken Seite häufiger afficirt ist als der der rechten.

Die Therapie dieser Fälle kann bei der heutigen Wundbehandlung ungleich radikaler sein als früher. Punktion, Kompression, auch Injektionen von Jodtinktur etc. brauchen nicht ganz verlassen zu werden, werden zweckmäßigerweise aber immer häufiger durch Incision bez. Radikalexstirpation dieser Hygrome mitsammt ihren Bälgen ersetzt werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

19) **Schaffer.** On the cause and mechanical treatment of subluxation of the semilunar cartilages of the knee-joint.

(Annals of surgery 1898. Oktober.)

Eine sehr häufige Ursache des »Derangement interne« des Kniegelenks (Hey's internal derangement of the knee-joint) sieht Verf. in einer Subluxation des inneren Semilunarknorpels, die auch ohne äußerlich sichtbares Zeichen eingetreten sein kann; vermag sich doch der in seinen Verbindungen gelockerte Knorpel eben so schnell zu reponiren, als er seine Lage verlassen hat. Die Verlegung geschieht für gewöhnlich durch eine Rotationsbewegung des Unterschenkels bei gebeugtem Knie. Da aber schon normalerweise die Endbewegung des Unterschenkels sowohl bei der Beugung wie Streckung eine Rotation darstellt, diese Kombination von Bewegungen also gewissermaßen einen natürlichen Vorgang darstellt, so müssen für das Zustandekommen der Luxation noch andere Momente beschuldigt werden. Verf. sieht diese in einer abnormen Länge des Lig. patellae, welche nicht nur die Kapsel schlaffer mache, sondern auch durch die Veränderung in der Länge des Streckapparats den natürlichen Ablauf der Bewegungen im Kniegelenk störe. Durch eine Anzahl von Röntgenbildern sucht Verf. seine Ansicht zu stützen. Wegen der häufigen Recidive des Leidens empfiehlt Verf. in hochgradigen Fällen einen Apparat mit seitlicher Pelotte am Kniegelenk zu tragen.

Tietze (Breslau).

---

20) **Reinhardt.** Über Unterschenkelbrüche (auf Grund von Röntgen-Aufnahmen).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 325.)

R. berichtet über den genau aufgenommenen Röntgen-Befund von 33 in der Berliner Charité behandelten Fällen von Unterschenkelbruch. Obwohl das Beobachtungsmaterial nicht groß, ist doch die notirte procentuale Häufigkeit der verschiedenen Bruchformen von Interesse. Es handelte sich um:

a. Infraktionen und Fissuren, mehrfach als Nebenbefunde konstatirt, nicht besonders gezählt.

b. Querbrüche des Schaftes, 3 Fälle.

c. Schrägbrüche des Schaftes, 13 Fälle.

d. Supramalleoläre Brüche, 6 Fälle.

e. Malleoläre Brüche, 7 Fälle.

Das Schattenbild der meisten besprochenen Fälle ist in Skizze wiedergegeben. Bei Erörterung der Beobachtungen findet sich die Ätiologie, die Entstehungsart des Bruches ausreichend berücksichtigt. (2 der 3 Querbrüche waren sicher direkte, von den 13 Schrägbrüchen betraf einer die Fibula allein, direkt durch Überfahren entstanden; 4 betrafen die Tibia allein, davon 3 indirekte Brüche durch Ausgleiten auf dem Boden; 9 Schrägbrüche betrafen beide Knochen, davon 4 indirekt, 3 direkt entstanden, 2 nicht aufgeklärt. Von den 6 Supramalleolarbrüchen waren 5 indirekt entstanden durch einen

fehlerhaft ausgeführten Tritt nach unten, gefolgt von Straucheln und Überlastung des Fußes durch das Körpergewicht. Auch von den Knöchelbrüchen entstanden 6 durch indirekte Gewalt, einer durch Überfahren.) Die ebenfalls eingestreuten therapeutischen Bemerkungen enthalten nichts Wesentliches. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) **E. Schwartz.** Traitement des varices par l'excision veineuse avec l'ablation de grands lambeaux cutanés.

(Presse méd. 1898. No. 74.)

Das Verfahren des Verf. besteht darin, dass er die Vena saphena in 3 Etagen unterbindet und resecirt, einmal dicht unterhalb ihrer Mündung in die Femoralis, dann dicht oberhalb des Kniees, und endlich am Unterschenkel. Die Operation am Unterschenkel hat er nun dadurch modificirt, dass er in der ganzen Ausdehnung der Varicenbildung die Haut mit fortnimmt, welche häufig sehr dünn, durch Narben und Geschwürsbildung wenig widerstandsfähig ist. Es entsteht so eine Wundfläche, die so lang wie der Unterschenkel und etwa 5—6 cm breit ist. Nach seinen Erfahrungen lassen sich die Anfangs sehr gespannten Hautränder leicht und ohne Schädigung durch Naht vereinigen. Peinlichste Sauberkeit ist Bedingung für eine primäre Heilung. Sind Geschwüre vorhanden, so werden dieselben erst kauterisirt und mit entfernt. Verf. hat 15 Fälle derart operirt und die Operirten nach mehr als 1 Jahre wiedergesehen; sie sind sämmtlich recidivfrei, ohne Beschwerden und mit dem Resultat zufrieden, trotzdem sie zum Theil schwere Arbeit leisten müssen. **Tschmarke** (Magdeburg).

22) **C. Gerhardt.** Die Hand des Kranken.

23) **A. Köhler.** Die Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwürs.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 231. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1898.)

»Die stumme Sprache der Hand sagt dem Arzt, der sie versteht und beachtet, Vieles, was theils Fragen erspart, theils zu Fragen in bestimmten Richtungen veranlasst und berechtigt.« Zu ihrem Verständnis und zu ihrer Würdigung beizutragen ist der Zweck von G.'s geistvollen Ausführungen in dem ersten der vorliegenden Vorträge. Der zweite derselben handelt von einem weniger interessanten Thema, bespricht jedoch so anregend als möglich die alten und modernen Behandlungsmethoden des Übels und der es zumeist veranlassenden Varicen, dass der Leser auch von K.'s Darstellung befriedigt sein wird. **Kramer** (Glogau).

24) **C. Krämer.** Zur rationellen Behandlung des Ulcus cruris.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1899. Januar.)

Verf. führt die Entstehung aller nicht specifischen Unterschenkelgeschwüre auf die Insufficienz der Klappen an der Vena saphena als

einer angeborenen, meist vererbten Anomalie derselben zurück. Die zweckentsprechendste Behandlung dieser Geschwüre besteht desswegen zunächst in der Unterbindung, Resektion oder Exstirpation der Vena saphena. In zweiter Linie kommt dann die Excision und Transplantation in Betracht. Die Erfolge, die mit dieser Behandlungsmethode in der chirurgischen Abtheilung des Karl-Olga-Krankenhauses zu Stuttgart (Landerer) erzielt wurden, sind sehr gute.

Buchbinder (Straßburg i/E.).

---

25) **Jones** and **Pubby.** Metatarsalgia or Morton's disease.

(Annals of surgery 1898. September.)

Unter dem Namen der Metatarsalgie hat 1876 Morton jene Schmerzhaftigkeit im Vorfuß beschrieben, die, meistens bei Frauen in mittleren Jahren auftretend, sich gewöhnlich bestimmt auf die Gegend des Köpfchens der Metatarsen auf der Plantarseite des Fußes lokalisirt. Für gewöhnlich handelt es sich dabei um das 4. Metatarsusköpfchen, seltener ist die Gegend des 2. oder 3. betroffen. Der Schmerz ist gewöhnlich Morgens verschwunden, tritt aber während des Laufens ein und erfolgt jedes Mal prompt und in großer Intensität bei Fingerdruck auf die betreffende Stelle. Gewöhnlich erscheint der Fuß vorn etwas breiter als der andere (das Leiden ist gewöhnlich einseitig) oder er bietet den Typus eines mehr oder weniger ausgesprochenen Plattfußes. Die betroffene Stelle wird häufig schon äußerlich durch eine verdickte Epidermis angedeutet. Die Ursache des Leidens sah Morton in einer seitlichen Quetschung bezw. Einklemmung der Plantarnerven. Verff. glauben, dass es sich gewöhnlich darum handelt, dass die ziemlich oberflächlich verlaufenden Nerven von den Köpfchen der Metatarsen gegen den Fußboden gedrückt werden. Daher auch die Prädisposition des 4. Metatarsus (Verbindungsast zwischen den zur 4. und 5. Zehe strahlenden Ästen des N. plantaris externus). Die Therapie besteht in leichteren Fällen in Einreibungen, Bädern, Verabfolgen einer Plattfußsohle, in hochgradigen in Resektion des betreffenden Metatarsusköpfchens.

Tietze (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

26) **E. Braatz.** Zangensonde und Zangenhaken.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 603.)

B. hat diese von ihm konstruirten Instrumente schon früher publicirt. Er giebt von Neuem eine Beschreibung nebst Abbildungen und empfiehlt sie besonders für Versorgung tiefer zu unterbindender und zu trennender Stränge bei Bauchoperationen. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

27) **K. G. Solowjow.** Pappe-Gipsschienen. (Aus der orthopädischen Abtheilung der chirurgischen Klinik Prof. Lewschin.)

(Chirurgia Bd. IV. p. 553. [Russisch.])

Es wurden Schienen aus Pappe in beliebiger Form ausgeschnitten und mit Gipsbinden umwickelt. So lassen sich auch gut Lagerungsapparate für den Fuß

und Unterschenkel (ähnlich wie die Volkmann'sche Schiene) herstellen, wie eine Zeichnung veranschaulicht. Solche Schienen können auch in Dampf sterilisirt werden und werden danach wieder hart. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

28) **D. Semplo.** The treatment of tetanus by the intracerebral injection of antitoxin.

(Brit. med. journ. 1899. Januar 7.)

S. hat bei einem 22jährigen Menschen, der wegen einer 2 Tage vorher erfolgten Hodenquetschung (14 Tage zuvor schon beim Zureiten von Pferden Fall etc.) zur Aufnahme kam und nach weiteren 2 Tagen Zeichen von Tetanus darbot, durch intracerebrale Injektion (nach dem Vorgang von Roux und Borrell) von Antitoxin Heilung erzielt. Die Injektion wurde durch Bohrlöcher, die beiderseits vor den motorischen Bezirken des Großhirns angelegt wurden, mit einer Spritze mit abgerundetem feinem Kanülenende in einer Menge von $2^1/_2$ ccm Antitoxin ausgeführt, und zwar so, dass die Flüssigkeit direkt in die Gehirnsubstanz unter vorsichtigem Druck (10 Minuten Dauer für eine Injektion) eingebracht wurde. — Nebenbei wurden noch täglich — im Ganzen 3mal — 20 ccm Serum subkutan verabreicht zur Unschädlichmachung der noch im Blut kreisenden oder immer wieder frisch resorbirten Toxine, während die intracerebrale Injektion die Immunisirung der höheren Nervencentren bezweckt, bevor sie von den Toxinen alterirt sind. (Der Fall ist in so fern wenig beweisend, als weder die Eingangspforte der Infektion, noch auch die Dauer der Inkubation sich feststellen ließ; die Beurtheilung der Schwere des Falles also schwierig ist.

F. Krumm (Karlsruhe).

29) **C. Tichow.** Zur Lehre von den Luxationen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1898. Hft. 2.)

T. beschäftigt sich mit dem Material der Kasan'schen Klinik 1861—1896, im Ganzen 445 Fälle. Das Schlüsselbein war 35mal verrenkt, Oberarm 257mal, Ellbogen 38mal, Artic. radii und Handgelenk je 1mal, Finger 31mal, Hüfte 44mal, Knie 2mal, Kniescheibe 2mal, Unterkiefer 31mal, Wirbel 3mal. Diese 445 Fälle kommen auf 70000 chirurgische Affektionen und stellen 2—3% der Verletzungen überhaupt vor. 22% konnten nicht eingerichtet werden — veraltete Fälle.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

30) **Honsell.** Beitrag zur Kenntnis der diffusen, syphilitischen Muskelentzündung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 2.)

Den bekannten Fällen von diffuser, luetischer Muskelentzündung fügt Verf. 2 weitere aus der Tübinger chirurgischen Klinik hinzu, von denen der eine den Sternocleidomastoideus, der andere den Biceps brachii befallen hatte; in beiden Fällen trat Heilung auf Jodkali ein.

Symptomatisch besteht Schwellung und Induration des Muskels, und Bewegungsbehinderung desselben. Die Muskelentzündung gehört dem Spätstadium der Syphilis an; am häufigsten werden Masseter, Wadenmuskulatur, Biceps und Triceps des Oberarms und der Kopfnicker befallen, wobei konstatirt wird, dass gewöhnlich nur ein Muskel bezw. einzelne Muskelgruppen befallen werden. Die diffuse Muskelentzündung kann der Ausgangspunkt zur Bildung von Gummata sein, andererseits kann in von Gummata durchsetzten Muskeln auch Myositis folgen. Das mikroskopische Bild, welches sich von der chronischen Myositis nicht wesentlich unterscheidet, zeigt eine Infiltration von Rundzellen, so wie Schwund des Muskelgewebes, dem eine Neubildung von faserigem Bindegewebe folgt.

Kronacher (München).

31 **Plücker.** Ein Beitrag zur konservativen Behandlung komplicirter Verletzungen der Extremitäten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 175.)

Die Arbeit giebt den Text eines vom Verf. auf der vorjährigen Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrags, über dessen wichtigsten Inhalt im vorigen

Jahrgang unseres Blattes p. 1150 ein Selbstbericht vorliegt. Auf diesen ist zu verweisen und hier nur noch die der Arbeit beigegebenen Röntgenaufnahmen einiger komplicirter Handverletzungen vor und nach der Behandlung hervorzuheben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **Jorus.** Ein reiner Fall von traumatisch entstandener Rautenmuskellähmung.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 2.)

Der 17jährige Pat. stürzt $3^1/_2$ m tief auf den Bauch. Ein nachfallendes, 4 m langes Brett schlägt dem am Boden Liegenden auf die linke Schulter. Nach längerer Behandlung bleibt folgender Zustand: Beweglichkeit überall regelrecht. Das linke Schulterblatt steht 2 cm höher als das rechte, der untere Winkel ist 1 cm weiter von der Wirbelsäule entfernt, als dies rechts der Fall ist. Der innere Rand steht flügelförmig von der hinteren Brustwand ab. Die elektrische Erregbarkeit der rechten Mm. rhomboides ist erloschen. Diagnose: Durch das auffallende Brett ist der die Rautenmuskeln versorgende N. dorsal. scapulae gequetscht und gelähmt worden und der dadurch das Übergewicht bekommende M. serrat. antic. maj. bewirkt die abnorme Stellung des Schulterblattes.

Teubner (Hannover).

33) **M. Schmidt.** Totalexstirpation der Scapula wegen Sarkom.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 394.)

57jähriger Mann mit faustgroßer harter Geschwulst der rechten Fossa infraspinata, in ihren ersten Anfängen vor Jahresfrist bemerkt, einigen walnussgroßen metastatischen Weichtheilknoten in der hinteren Axillarlinie in Höhe des Winkels. Operation 5 December 1897 mittels Vertikalschnitt in der hinteren Axillarlinie, dazu Querschnitt über die Spina. Ausschneidung des Schulterblattes mit allen seinen Muskeln, Entfernung der Metastase so wie des einige suspekte Drüschen enthaltenden Gefäßscheidenfettes an der Axillaris bezw. Subclavia. Humeruskopf konservirt, Akromialende des Schlüsselbeins resecirt. Nur eine stärkere arterielle Blutung aus der Circumflexa scapulae. Heilung durch Wundrandgangrän an Haut- und Muskeln gestört, dann aber langsam in ca. 6 Monaten zu Stande gekommen. Arm in der Schulter nur passiv beweglich (cf. eine Abbildung), Beweglichkeit und Brauchbarkeit von Ellbogen und Hand normal. Im December 1898 schien der bis dahin gesunde Pat. Recidive zu bekommen, doch haben sich die verdächtigen Erscheinungen völlig verloren. (Selbstbericht.)

34) **H. Schrader.** Über habituelle Schulterluxation in Folge von Syringomyelie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

S. macht auf die bis jetzt nur wenig beachtete Thatsache aufmerksam, dass im Gefolge der Syringomyelie habituelle Schulterverrenkungen auftreten können. In den beiden mitgetheilten Fällen war jenes bereits seit Jahren typisch ausgebildet, mit Mutilationen der Finger, bedeutenden Sensibilitätsstörungen und kyphoskoliotischen Verkrümmungen der Wirbelsäule. Als unmittelbare Entstehungsursache der Verrenkung konnte im 1. Falle ein Trauma gelten, im 2. fehlte dagegen jede äußere Veranlassung. Beide Male war die Gelenkgegend erheblich angeschwollen, unter lauter Krepitation konnte der Oberarmkopf beliebig nach vorn und hinten verrenkt werden. Die Röntgenuntersuchung ergab im Falle 1 eine mäßige Abflachung des Oberarmkopfes, so wie Abflachung und Verbreiterung der Pfanne; im Falle 2 ähnliche Pfannenveränderungen; der Kopf aber war weit stärker deformirt, hatte eiförmige Gestalt und zeigte im Bereich der Tuberkel wie des oberen Diaphysenendes eine beträchtliche Verdickung. Anschließend stellt Verf. 13 weitere Fälle aus der Litteratur zusammen, von denen 6 durch Trauma, 5 ohne jede andere Veranlassung entstanden waren; theilweise befiel das Gelenkleiden anscheinend gesunde Menschen, und erst nachträglich ergaben sich Anzeichen für das Bestehen einer Syringomyelie. Gerade mit Rücksicht hierauf gewinnen die Beobachtungen auch für die Unfallheilkunde ein wesentliches Interesse. **Honsell** (Tübingen).

35) **Paffrath.** Ein Fall von Fraktur beider Vorderarmknochen durch Muskelzug.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1899. No. 5.)

An den Vorderarmknochen sind derartige Frakturen nur sehr selten beobachtet worden, fast immer entstanden durch sehr heftige Pro- und Supinationsbewegungen, z. B. beim Wäscheringen.

In diesem Falle ist die Verletzung so entstanden, dass ein sehr kräftiger 25jähriger Mann, der völlig gesund ist, mit aller Kraft einen schweren, mit Ziegelsteinen gefüllten Kasten zu heben versuchte. Die durch eine Röntgenaufnahme belegte Fraktur sitzt in der Mitte der Diaphyse. **Teubner** (Hannover).

36) **O. v. Ley.** Über Gummigeschwülste in der Hohlhand.

(Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 43.)

v. L. berichtet über mehrere von ihm beobachtete Fälle von syphilitischen Geschwülsten der Hohlhand, in deren einem Rückbildung durch Jodkali eintrat, während in einem anderen eine auf die irrthümliche Diagnose eines Sehnenscheidenpanaritiums vorgenommene Incision zunächst eine Zunahme der Granulationen und Entzündungsprocesse zur Folge hatte, bis eine energische antisyphilitische Behandlung Heilung herbeiführte.

Verf. bespricht dann auf Grund seiner Erfahrungen und der Litteratur die Differentialdiagnose der seltenen Geschwülste.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.)

37) **Lembke.** Zwei Fälle von Luxation einzelner Handwurzelknochen.

(Archiv für Unfallheilkunde etc. Bd. III. Hft. 1.)

Im 1. Falle war das Naviculare radialwärts verschoben, lag auf dem Proc. styl. radii. Daneben waren Radius und der restirende Carpus zum Theil frakturirt. Im 2. Falle lag das Lunatum volar vor dem Radius, ebenfalls bei gleichzeitigem Radiusbruch und anderweitigen Verletzungen des Carpus. Hier war ein Fall auf die Hand, dort eine direkte Quetschung die Ursache. Die Verletzungen sind durch gute Röntgenbilder illustrirt. **Bähr** (Hannover).

38) **Fourrier.** Luxation complexe des os du carpe droit, à la suite d'écrasement.

(Arch. méd. belges 1898. December.)

Obiger Fall von Zermalmung der Handwurzel lehrt, wie weit man bei exakter Wundbehandlung konservativ vorgehen kann, trotzdem die Reposition der aus ihrer Lage gewichenen Handwurzelknochen nicht gelang, und im Laufe der Nachbehandlung einige derselben ganz oder theilweise resecirt werden mussten. Große Stücke der Haut und Weichtheile gingen nekrotisch zu Grunde, aber die Hand und Finger blieben erhalten und verhältnismäßig gut brauchbar. Der Pat., ein Soldat, hatte beim Landen eines Schiffes die geschlossene Hand zwischen der Schiffswand und der Rampe eingeklemmt, wobei die Hand von der Streck- und Beugeseite her zerdrückt wurde. Die Radiographie ergab Adduktion der ganzen Handwurzel zum Vorderarm, Verbreiterung derselben nach rechts und links, Verschmälerung von vorn nach hinten. Os naviculare und multangulum majus sind beide in Adduktion nach innen verschoben, das Köpfchen des Os lunatum ist dorsalwärts gerückt, es wird nach vergeblicher Reposition später resecirt; das Hamatum ist nach vorn oben verschoben etc.

Die Heilung ging, abgesehen von einem Abscess, glatt von Statten.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

39) **W. Mitchell and W. G. Spiller.** A case of erythromelalgia.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Januar.)

In einem Falle von Erythromelalgie (62jähriger Mann) mit ulcerösem Process an der großen Zehe wurde die letztere amputirt und Gefäße und Nerven ein-

gehender mikroskopischer Untersuchung unterworfen. An einzelnen Nervenbündeln waren kaum 4 oder 5 Nervenfasern in normalem Zustand; die große Mehrzahl entartet, das Bindegewebe stark gewuchert. An den Arterien zeigt sich die Media stark verdickt, die Intima gewuchert, in die Gefäßlichtung vorspringend, dieselbe fast verschließend; hier und da hyaline Degeneration.

Die Verff. referiren aufs gewissenhafteste die zahlreichen Anschauungen über diese dunkle Affektion ohne selbst eine neue Theorie aufzustellen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

40) **A. Kirchner.** Akute symmetrische Osteomyelitis (Epiphysenlösung) der Schambeine, nebst Bemerkungen zur Ätiologie der akuten Osteomyelitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 2.)

K. fand bei einem Soldaten eine schwere akute Osteomyelitis, die im Verlauf von kaum einer Woche eine quere Durchtrennung des medialen Endes beider Schambeine an genau symmetrischer Stelle herbeigeführt hatte. Das Periost war abgehoben, die spaltförmige Höhle des Symphysenknorpels war eitergefüllt. Verf. vermuthete, dass es sich hier um eine Epiphysenlösung handelte, die anatomischen Handbücher gaben indess über diesen Punkt keinen Aufschluss, doch bestätigte Fr. Merkel in Göttingen, dass an der Symphysenfläche der Schambeine sich Epiphysen befinden.

Die geschilderte Erkrankung ist eine sehr seltene. Verf. konnte in der Litteratur kaum einen einschlägigen Fall finden.

Äußere Zeichen fehlen bei dem Leiden, und das erklärt sich hauptsächlich aus den anatomischen Verhältnissen, besonders dem Ansatz der starken Musculi recti, welche ein Hervortreten des Eiters an die Oberfläche hindern. So ist die Diagnose sehr erschwert. Das symmetrische Auftreten der Epiphysentrennung glaubt K. durch die Art des Traumas bedingt ansprechen zu müssen. Als solches sieht er die täglich längere Zeit dauernde Zerrung der Symphyse und der ihr benachbarten Abschnitte der Schambeine an, welche durch die starke Anspannung der dort entspringenden Adduktoren beim Reiten verursacht wird. Die Eingangspforte für die Mikroorganismen bildete eine eiternde, durch Lanzenschlag herbeigeführte Wunde am rechten Knie, die der Soldat 8 Tage vor der Aufnahme erlitten hatte. Man könnte sich also die Erankung der Schambeine doch auch anders erklären, zumal anscheinend zuerst und ausgedehnter auch das rechte Schambein ergriffen war. (Ref.)

Bemerkenswerth ist der völlig knöcherne Ersatz des Knochendefekts.

Betrachtungen über die Entstehung der Osteomyelitis und der mannigfachen Faktoren, welche dabei in Betracht kommen, speciell Reflexionen über Trauma, Ermüdung, Inkubationszeit u. A. m. bilden den Schluss des außerordentlich interessanten Falles. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

41) **G. Lotheissen.** Über angeborenen Mangel des Oberschenkelknochens.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

In dem mitgetheilten Falle fehlte beiderseits jede Andeutung eines Femurs einschließlich von Hüft- und Kniegelenk, so wie Kniescheibe, der Unterschenkel birgt nur einen Knochen, der sich ähnlich wie bei angeborener Hüftverrenkung seitlich an das Hüftbein anlegt, auf der linken Seite um 2 cm im Wachsthum zurückgeblieben ist und rechts nur einen Malleolus internus, links nur einen Malleolus externus besitzt. An den Füßen (rechts Valgus-, links Varusstellung) waren beiderseits nur 4 Zehen und nur 3 Metatarsalknochen vorhanden. — Aus der Litteratur konnte L. noch 23 ähnliche Fälle zusammenstellen, von denen aber nur 4 vollständigen Femurmangel zeigten, während in den übrigen Reste meist der oberen oder unteren Epiphysen vorhanden waren. Sehr häufig fehlten wie hier gleichzeitig auch noch Patella, Fibula und die äußeren Fußknochen. Bezüg-

lich der Entstehung der Knochendefekte wird als sehr wahrscheinlich angenommen, dass dieselben eben so wie der Pes varus congenitus und die angeborene Hüftverrenkung auf intra-uterine Raumbeengungen zurückzuführen sind.

Honsell (Tübingen).

42) **E. Kummer.** Deux cas d'extirpation des ménisques interne et externe du genou.

(Revue méd. de la Suisse romande 1898. No. 6.)

I. 19 Jahre alter Pat. Seit 4 Jahren spontan entstandene, nussgroße Schwellung an der äußeren Fläche des rechten Knies, weder Schmerzen noch Funktionsbehinderung im Gefolge. Diese Geschwulst hängt mit dem äußeren Meniskus zusammen und wird sammt diesem excidirt. Keine Funktionsstörung nach der Operation. Die mikroskopische Untersuchung dieser auf der Schnittfläche eine erbsengroße, centrale, mit gelatinösem Inhalt gefüllte Höhle und mehrere, kleinere, seitlich gelegene Hohlräume enthaltenden Geschwulst ergiebt, dass dieselbe vom Meniskus gebildet ist und aus fibrösem Gewebe besteht. Die Oberfläche wird von der Synovialis des Gelenks bedeckt.

II. 18 Jahre alter Pat. Nach einem Trauma an den Erscheinungen eines Hydrops des Kniegelenks erkrankt. Vorerst Rückbildung des Ergusses, nach 6 Monaten Recidiv. Bei der Operation erweist sich die vordere Partie des inneren Meniskus vergrößert, den Rand der Tibia überragend. Die vordere Hälfte des Meniskus wird excidirt, die hintere bleibt erhalten. Heilung ohne Funktionsbehinderung. In diesem Falle dürfte es sich wohl um eine Verrenkung der Bandscheibe handeln.

Verf. macht auch darauf aufmerksam, dass eine Reduktion allein genügt hätte, diese an ihrer normalen Einpflanzungsstelle wieder zu fixiren.

Kronacher (München).

43) **Wilmans.** Verwechslung des Os intermedium cruris (Pfitzner) mit einem durch einen angeblichen Unfall abgesprengten Knochenstück (Shepherd'sche Fraktur).

(Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen 1899. Bd. II. Hft. 3.)

Einen für die Unfallsbegutachtung recht bemerkenswerthen Fall lernen wir durch die W.'sche Publikation kennen. Ein Arbeiter hatte sich gegen den rechten Malleol. intern. gestoßen und behauptete seit der Verletzung dauernde Schmerzen hinten und unter dem rechten inneren Knöchel zu haben; sogar wenn er ruhig liege, beim Laufen, Sitzen, Gehen würden die Schmerzen schlimmer. Nach längerer Beobachtung kam W. bei dem andauernd negativen Befund in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass die angeblichen Beschwerden mit dem Unfall in keinem Zusammenhang ständen, und dass Pat. mit seinen Rentenansprüchen abzuweisen sei. Der Pat. legte Berufung ein, der Obergutachter photographirte den Fuß mittels Röntgenstrahlen und fand eine Knochenabsprengung am Sprungbein da, wo es mit seinem hintersten Abschnitt dem Fersenbein aufsitzt. Auf Grund dieses Befunds glaubte er dem Verletzten eine Rente von 30% zusprechen zu müssen. Dies Urtheil schien zunächst einwandsfrei. W. verhielt sich demselben gegenüber aber skeptisch und photographirte seinerseits einmal das gesunde Bein des Pat., wo er genau dasselbe — angeblich abgesprengte — Knochenstückchen fand. W. deutete es als Sesambein des Flexor hallucis longus; beim Studium der Litteratur fand er aber, dass seine Deutung falsch war, und dass das Knochenstückchen dem von Pfitzner beschriebenen Os intermedium cruris (Os trigonum tarsi Bardeleben) entspräche. Die Rentenansprüche des Pat. wurden auf Grund dieses Befunds zurückgewiesen.

H. Wagner (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. **Sonnabend, den 3. Juni.** **1899.**

I. Zur Operation der angeborenen Blasenspalte.

Von
J. Mikulicz in Breslau.

In No. 16 dieses Centralbl. vom 22. April d. J. theilte M. Rutkowski eine neue Methode der Harnblasenplastik bei Ectopia vesicae mit. Rutkowski schaltete ein 6 cm langes Stück Ileum vollständig aus, spaltete das Darmstück der Länge nach und bildete so einen Darmlappen, der zur Vergrößerung des vorhandenen Rudiments der Blase in dasselbe implantirt wurde. Die Operation wurde am 12. Mai 1898 in einem Tempo ausgeführt. Es erfolgte glatte Heilung. In

Bezug auf das definitive Resultat konnte Rutkowski keine Angaben machen, da der Pat. nur 2 Monate lang beobachtet wurde; zur Zeit seiner Entlassung konnte der Operirte 25 ccm Harn in der Blase halten.

Ich habe annähernd zur selben Zeit einen Fall von angeborenem Blasenspalt, bei dem das Blasenrudiment außerordentlich klein, also zur Bildung eines genügend großen Harnbehälters nicht ausreichend war, nach demselben Grundplan operirt, jedoch mit dem Unterschied, dass ich die Operation nicht in einem Tempo ausführte, sondern auf mehrere Zeiten vertheilte. Auch nahm ich ein längeres Darmstück zur Hilfe, und zwar eine 12 cm lange Schlinge aus dem untersten Ileum. Der Operirte wurde von mir am 2. December 1898 in der medicinischen Gesellschaft für vaterländische Kultur demonstrirt. Ein kurzer Bericht findet sich in der Deutschen med. Wochenschrift vom 2. März d. J. Vereinsbeilage No. 9 p. 53.

Der Grund, warum ich die Operation nicht einzeitig ausführte, ist folgender. Schon bei den ersten Versuchen über Darmausschaltung, die vor etwa 10 Jahren Herrmann[1] gemeinsam mit mir in Königsberg ausführte, habe ich erfahren, dass das spätere Schicksal des ausgeschalteten Darmstücks nicht immer dasselbe ist. In der Regel bleibt es gut ernährt; sämmtliche Darmschichten bleiben erhalten, die Darmschleimhaut secernirt anscheinend wie unter normalen Verhältnissen. In einzelnen Fällen habe ich jedoch beobachtet, dass die Darmwand, insbesondere die Mucosa, atrophirt und das ganze Darmstück zu einem dünnen Strang zusammenschrumpft; die späteren Experimente von Salzer, v. Eiselsberg, Klecki, Reichel, Barącz u. A haben ebenfalls ergeben, dass sich das ausgeschaltete Darmstück, besonders in Bezug auf die Sekretion, sehr verschieden verhalten kann, ein Umstand, der zum Theil die widersprechenden Ansichten über die Zulässigkeit dieser Operation bei Darmerkrankungen erklärt. Auch aus der Schlussbemerkung Rutkowski's geht hervor, dass er bei seinen Thierversuchen ähnliche Beobachtungen gemacht hat.

Aus diesem Grund nähte ich das Darmstück nicht sofort in die Blase ein, sondern überließ es zunächst intraperitoneal seinem Schicksal, um alle unnöthigen Cirkulationsstörungen zu vermeiden und mich gleichzeitig zu vergewissern, dass die Darmwand in allen Schichten gut ernährt blieb. Das betreffende Darmstück wurde an einem Ende blind geschlossen, an dem anderen offen gelassen und in der Nähe des Blasenscheitels an die Bauchwand angenäht. Erst nachdem ich sicher war, dass das ausgeschaltete Darmstück normal weiter funktionirte, führte ich die weiteren Akte der Operation aus, deren nähere Beschreibung in einer späteren Mittheilung erfolgen soll.

Die erste Operation wurde an meinem Kranken am 18. Juni 1898, die letzte am 4. Februar d. J. ausgeführt. Aus dem früher

---

[1] Herrmann, Ein Versuch zur Physiologie des Darmkanals. Pflüger's Archiv 1890. Bd. XLVI. p. 93.

Gesagten erklärt es sich, warum sich die Behandlung meines Kranken in die Länge zog, und warum ich es bisher unterließ, eine ausführliche Mittheilung über die Operationsmethode zu veröffentlichen. Der Werth derselben ist schließlich doch nur davon abhängig, wie sich die spätere Funktion der neugebildeten Blase gestaltet. Zur Beurtheilung dieser Frage reicht aber, wie die bisherigen Erfahrungen über die verschiedenen Operationen der Blasenektopie gelehrt haben, eine kurze Beobachtungszeit nicht aus. Mein Kranker befindet sich aus diesem Grund zu dauernder Beobachtung noch in der Klinik. So weit ich mir schon jetzt ein Urtheil bilden kann, ist der Enderfolg ein sehr befriedigender. Die Blase hat zur Zeit eine Kapacität von ca. 100 ccm, und es hat den Anschein, dass dieselbe allmählich noch zunimmt. Irgend welche Störungen von Seiten der Nieren sind bisher nicht aufgetreten. Eine ausführliche Mittheilung des Falles wird erst folgen, wenn die Beobachtung als abgeschlossen gelten kann.

(Aus der chirurgischen Klinik von Prof. Kocher in Bern.)

II. Über eine einfache Trepanationsmethode für intracerebrale Injektionen.

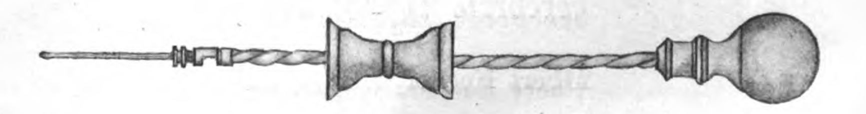
Von

Albert Kocher, Assistenzarzt.

Seit den im April 1898 veröffentlichten Experimenten von Roux und Borrel im Pasteur'schen Institut, hat man in Frankreich angefangen, auch beim menschlichen Tetanus intracerebrale Seruminjektionen zu machen. Die Experimente der genannten Autoren beziehen sich auf intracerebrale Injektionen von Tetanusantitoxin bei zuvor tetanisch gemachten Meerschweinchen, und zwar handelte es sich nicht um den von denselben Autoren experimentell hervorgerufenen cerebralen Tetanus, sondern um den durch Giftwirkung des Tetanustoxins auf die Vorderhornzellen des Rückenmarks erzeugten. Von den Versuchsthieren wurden durch intracerebrale Antitoxininjektionen 77% erhalten, während durch die subkutane Injektion nur 12% am Leben erhalten werden konnten. Es schien danach ein Versuch mit intracerebraler Injektion bei tetanuskranken Menschen indicirt, obgleich Roux und Borrel schon in der ersten Publikation angaben, dass das ins Gehirn injicirte Antitoxin nur im Stande sei, bei schon erkranktem unteren Theil des Rückenmarks den oberen vor Erkrankung zu schützen. Das Folgende wird nicht zur Unterstützung der Wirkung des intracerebral injicirten Antitoxins mitgetheilt, sondern lediglich um darzuthun, wie einfach eine intracerebrale Verabfolgung von Serum geschehen kann. Bei einem im Januar 1899 in der Klinik von Herrn Prof. Kocher aufgenommenen Tetanusfall wurde noch am selben Tage auf folgende Weise eine Injektion von 5 ccm Tetanusantitoxin gemacht.

Nach Abrasiren der Haare und Reinigung der vorderen Hälfte der Kopfhaut wird mit dem Kraniometer die Stelle zur Injektion in dem vorderen Abschnitt des Seitenventrikels bestimmt. Es ist dies die Stelle vor der Präcentralfurche in der Höhe des Sulcus zwischen mittlerer und oberer Stirnwindung oder an der Schädeloberfläche die Stelle $2^1/_2$—3 cm lateral vom Bregma. Von dieser Stelle gelangt man am besten in den Ventrikel unter Vermeidung der motorischen Centren. Es wird an der Stelle eine subkutane Injektion einer 1%igen Cocainlösung gemacht, danach der Drillbohrer (siehe untenstehende Figur) senkrecht auf die Stelle aufgesetzt, die Haut und Galea einfach durchstoßen und der Knochen durchgebohrt, wobei man bei gut spielendem Instrument sofort fühlt, wenn der Bohrer durch die Vitrea durchgedrungen ist und sofort anhalten kann. Der Bohrer wird genau in der Richtung des Bohrlochs herausgezogen und der Spritzenansatz durch die Bohröffnung eingeführt und 5 bis 6 cm in die Hirnsubstanz eingestochen.

Nach langsamer Injektion wird der Spritzenansatz herausgezogen und ein einfaches englisches Pflaster bildet den ganzen Verband. Am nächsten Tage wurde ganz dieselbe Procedur auf der anderen



Seite vorgenommen. Während beider Sitzungen blieb der Pat., ein 12jähriger Knabe, vollkommen ruhig und äußerte nicht den geringsten Schmerz. Auch traten nach dem Eingriff absolut keine Erscheinungen von Seiten des Gehirns auf. Die so gemachte intracerebrale Injektion gestaltet sich auf diese Weise vollständig wie eine einfache Punktion an anderen Körperstellen und kann auch vom praktischen Arzt leicht ausgeführt werden. Roux und Borrel haben das von ihnen bei den Thierexperimenten angewandte Instrument auch für den Menschen empfohlen, sie machen aber vorher eine Hautincision, was den Eingriff ganz überflüssig komplicirt und ihn gerade in der Privatpraxis erschwert.

In Kürze soll hier noch der in der eben beschriebenen Weise behandelte Fall mitgetheilt werden:

Der 12jährige Knabe Jakob J. verletzt sich am 7. Januar 1899, indem er mit dem rechten Fußballen in einen Nagel tritt. Der Nagel stak in einem hölzernen Brett, das auf Wiesengrund lag, und drang dem Pat. durch die Schuhsohle ungefähr $1^1/_2$ cm in die Muskulatur ein. Die Stichwunde wird 3 Tage lang mit Katzenfett verbunden; danach ist sie geheilt und der Knabe geht ohne Beschwerden herum. Am 22. Januar treten Schluckbeschwerden mäßigen Grades auf, welche nach 2 Tagen wieder verschwinden. Am selben Tage merkt Pat., dass er den Mund nicht mehr gut öffnen kann. Diese Kiefersperre nimmt in den nächsten Tagen zu, am 24. Januar kommt Pat. desswegen in die Poliklinik für Halskrankheiten, von wo er sofort der chirurgischen Abtheilung übermittelt wird. Pat. zeigt

schon Ritus sardonicus und deutlich spastischen Gang. Der Status ist folgender: Gesicht verzerrt, Corrugator stark kontrahirt, Lidspalten eng. Zahnreihen können mit Anstrengung 7 mm von einander entfernt werden, aktiv kann der Kopf nicht gehoben werden, passiv nur mit Mühe, nicht bis zur Berührung des Kinns mit dem Sternum.

Bauchmuskeln stark gespannt. Inscriptiones tendineae gezeichnet. Sacrolumbalis stark gespannt, eben so der Latissimus, Beine und Arme frei. Reflexe stark gesteigert, starker Schweiß am ganzen Körper. Temperatur 37,2, Puls 120. Es wird in oben angegebener Weise 5 g Tetanusantitoxin in den rechten Seitenventrikel injicirt, die durch einen schwarzen Punkt gekennzeichnete Verletzungsstelle am Fuß mit dem Thermokauter ausgebrannt; sonst keine therapeutischen Maßnahmen. Während der Nacht ist der Pat. ziemlich ruhig, Status am Morgen gleich, Temperatur normal. Am Vormittag ein kurzer Anfall stärkerer Kontraktion der Nacken-, Rücken- und Bauchmuskulatur. Gegen Mittag nimmt die Spannung dieser Muskeln zu, die Oberschenkelmuskulatur ist jetzt mitbetheiligt. Morgens und Abends erhält Pat. eine intravenöse Injektion von Tetanusantitoxin je 20 ccm. Abendtemperatur 38,4. Puls 110. In der darauffolgenden Nacht treten 4 Anfälle von sehr kurzer Dauer auf, welche auch die Muskulatur beider Beine ergreifen. Gegen den Morgen häufigere Anfälle, nahezu alle 10 Minuten, Morgentemperatur 39,3; es wird dann die zweite intracerebrale Injektion in oben angegebener Weise in den linken Seitenventrikel gemacht, 5 ccm; zugleich wird noch intravenös 50 ccm Serum injicirt. Bis Mittag halten die Anfälle in gleicher Intensität jetzt fast alle 5 Minuten an. Pat. erhält jetzt 1 ccm Chloralhydrat. Am Nachmittag Abnehmen der Anfälle an Intensität und Häufigkeit. Pat. erhält noch mehrmals Chloralhydrat und Morphium. Abendtemperatur 39,5. Während der Nacht noch alle halbe Stunden ein Anfall. Am 27. seltenere Anfälle, Temperatur 38,4, Puls 110. Keine Medikationen mehr. Die betroffenen Muskelgebiete stets gleich stark gespannt, und am Oberschenkel keine Spannung mehr. Am 28. keine Anfälle mehr. Die bis jetzt stark erhöhten Reflexe sind wieder fast normal. Am 29. ist Pat. fieberfrei. Die Spannung der Muskeln nimmt ab, der Mund kann $2^1/_2$ cm weit geöffnet werden. Keine Anfälle. Am 31. noch 2 kleine Anfälle ohne Temperaturerhöhung. Spannung der Bauchmuskeln noch stark, übrige Gebiete bedeutend weniger gespannt. Pat. bleibt dauernd anfallsfrei. Nach 8 Tagen besteht nur noch ganz geringe Kiefersperre und Spannung der Bauchmuskeln. Nach 3 Wochen vollständige Heilung.

Die etwas lange Inkubationsdauer, das langsame Auftreten der Erscheinungen und namentlich das Freibleiben der Athem- und Schluckmuskulatur charakterisiren den Fall als einen leichteren. Es mag somit bezweifelt werden, ob wirklich die Seruminjektion die Heilung bedingt habe. Diese Frage soll hier nicht in weitere Erwägung gezogen werden, da dies, wie oben gesagt, nicht der Zweck der Publikation ist. Immerhin mag noch erwähnt werden, dass die 3 letzten Tetanusfälle, welche im hiesigen Spital zur Behandlung kamen, geheilt. Alle 3 wurden intracerebral injicirt, der letzte auch in der oben angegebenen Weise; bei diesem bestanden schon Athemkrämpfe.

Bern, 3. Mai 1899.

1) Handbuch der praktischen Chirurgie. In Verbindung mit den Herren Angerer, v. Bramann, v. Eiselsberg, Graser, v. Hacker, Henle, Hofmeister, Jordan, Kehr, Körte, Krause, Krönlein, Kümmell, Küttner, Lexer, Nasse, Partsch, Reichel, Riedinger, Rotter, Schede, Schlange, Schlatter, Schreiber, Sonnenburg, Steinthal, Wiesmann bearbeitet und herausgegeben von Prof. E. v. Bergmann, Prof. v. Bruns und Prof. Mikulicz. 1. Lieferung.

Stuttgart, **F. Enke,** 1899. 192 S. 31 Abb.

Nach Art der seit längerer Zeit in Amerika, England und Frankreich verbreiteten chirurgischen Sammelwerke ist ein solches für Deutschland geplant und ist die erste Lieferung desselben, 12 Bogen stark, ausgegeben worden. Es ist beabsichtigt, mit ihm dem praktischen Arzt, der ja unter Umständen den verschiedensten Aufgaben der Chirurgie gewachsen sein muss, einen zuverlässigen Rathgeber und Führer in allen praktischen Fragen in die Hand zu geben und somit, vorwiegend praktischen Zwecken dienend, die Kapitel über klinischen Verlauf und Diagnose, so wie Prognose und Therapie besonders eingehend zu behandeln, alle theoretischen Erörterungen dagegen, so weit sie nicht als wissenschaftliche Grundlage unentbehrlich sind, dem gegenüber zurücktreten zu lassen.

Der Vortheil des Zusammenarbeitens vieler Autoren an einem solchen Werk liegt einmal in der Möglichkeit, innerhalb kurzer Zeit — hier sind 2 Jahre in Aussicht gestellt — das ganze Gebiet der praktischen Chirurgie zu bearbeiten und somit in einem umfangreichen Buch ein genaues Bild des momentanen Standes unseres Wissens und Könnens zu geben, andererseits darin, dass die einzelnen Abschnitte des Werkes solchen Mitarbeitern in die Hand gelegt werden, die dem betreffenden Gebiet seit längerer Zeit ihre besondere Aufmerksamkeit gewidmet haben und so Bestes liefern können. Die vorliegende erste Lieferung, allein aus der Feder E. v. Bergmann's, behandelt die Verletzungen und Erkrankungen der Weichtheile und Knochen des Schädels vollständig und den ersten Theil der Verletzungen und Krankheiten des Gehirns, seiner Hüllen und Gefäße. Es ist dies ein Gebiet der speciellen Chirurgie, dessen Bearbeitung sich der Autor bekanntlich seit fast einem Vierteljahrhundert mit ganz besonderer Vorliebe widmet, in dem er entschieden der erste Kenner unserer Zeit ist. Da ist es denn nicht zu verwundern, wenn wir's hier mit einer klassischen Arbeit zu thun haben, bei der es der Verf. verstanden hat, die schwierigsten Probleme in klarster Weise und in fasslichsten Worten klarzulegen und, tiefgegründet auf dem festen Fundament ätiologischer und entwicklungsgeschichtlicher Studien, der pathologischen Anatomie und experimenteller Untersuchungen, wie endlich seiner gewaltigen Erfahrungen das klinische Bild der Krank-

heiten und ihrer Behandlung mit der Hand des Meisters zu zeichnen. Unsichere, unbegründete Theorien unberücksichtigt lassend, wesentlich dem praktischen Erfordernis Rechnung tragend, behandelt er die Therapie, die von dem Arzt doch vor Allem geforderte Kunst des Heilens, so exakt und ausführlich, so bis ins Minutiöse hinein, dass sich selbst der wenig Erfahrene, wenn er nur folgerichtig zu denken versteht, für die schwierigsten Fälle durch ihn wohl berathen findet. Dazu ist Verf. keiner jener Chirurgen, die gleich mit dem Messer bei der Hand sind, sondern gehört zu jenen, die erst mit kühlem Verstand die möglichst genaue Diagnose zu stellen suchen und die Prognose der verschiedenen Behandlungsweisen abwägen, bevor sie einen schweren operativen Eingriff wagen.

Dass v. Bergmann's Arbeit das Werk in so trefflicher Weise eröffnet, ist für das Unternehmen von großem Gewinn: es muss das einem jeden der später folgenden Autoren den Ansporn geben, es eben so gut zu machen, und wir wollen hoffen, dass das den meisten gelingen möge.

Einen Wunsch möchte Ref. hier nicht unterdrücken: Dass in dem Werk, das für den praktischen Arzt bestimmt ist, besondere Rücksicht auf die Unfallsfolgen genommen werde. Denn bei den großen Ansprüchen, die speciell in unserem Vaterland an die richtige Behandlung, funktionell gute Heilung und an die Beurtheilung solcher Fälle gestellt wird, ist es Pflicht der Chirurgen, welche Gelegenheit haben, nach dieser Richtung große Erfahrungen zu sammeln, solche den Ärzten, welche ja alle auf dem großen Gebiet thatend und rathend einzuwirken berufen sind, nicht vorzuenthalten, sondern ihnen in den für sie oft recht schwierigen Fragen stützend zur Seite zu stehen. So allein, durch Behandlung der Materie in den verbreitetsten Handbüchern, kann eine Einheitlichkeit in der Auffassung und Behandlung der einschlägigen Fragen herbeigeführt werden, die eben so erwünscht für die Ärzte wie für die Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist, den Versicherten wie den Versicherern Recht und Schutz gewährt.

Die Ausstattung des Handbuchs ist in Holzschnitten wie im Druck genügend, nur ist letzterer, wohl in Rücksicht auf den Preis, etwas kompress. Die Litteraturangaben bringen die maßgebenden Arbeiten über das jeweilige Thema.

Hoffen wir, dass das Werk fortgeführt wird, wie es begonnen ist, und dass es — wie in Aussicht gestellt — etwa 240 Druckbogen stark zum Preise von 80 ℳ im Laufe des Jahres 1900 vollendet vor uns liegen möge, eine Musterleistung deutscher Chirurgen.

Richter (Breslau).

2) F. König. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 7. Aufl. II. Band.

Berlin, A. Hirschwald, 1899.

Der vorliegende 2. Band von K.'s Lehrbuch hat durch Neu- bezw. Umarbeitung zahlreicher Kapitel trotz Fortlassung der in den früheren Auflagen enthaltenen über die Krankheiten des Uterus und der Ovarien beträchtlich an Umfang gewonnen. Der »Umbau« betrifft in erster Linie die seit den letzten 5 Jahren ganz besondere große Fortschritte aufweisende Bauchchirurgie, während die Abschnitte über Krankheiten der Brust und der männlichen Harn- und Geschlechtsorgane nur mehr oder minder kurze Ergänzungen erfahren haben, welche sich bei ersterem Gebiet vornehmlich auf die Chirurgie der intrathoracischen Geschwülste und des Herzbeutels, in letzterem auf die der Nieren und Operationen bei Prostatahypertrophie beziehen. Bei dem »Umbau« des die Bauchchirurgie behandelnden Theils des Werkes ist zwar die ursprüngliche Eintheilung beibehalten, aber so vieles Neue eingefügt worden, dass derselbe sich thatsächlich in ganz anderer Weise präsentirt als früher, obwohl schon die vorherige Auflage eine Fülle von Zusätzen aufzuweisen gehabt. Um die jetzigen Veränderungen sämmtlich anführen zu können, wäre es nöthig, fast jedes einzelne Kapitel zu nennen. Statt dessen begnügen wir uns, nur die über die Verletzungen der Bauchorgane, die Operationen an diesen wegen solcher, die Abschnitte über Magengeschwür, über Epityphlitis, Gallenstein- und Pankreaskrankheiten hervorzuheben, da K.'s Standpunkt in Bezug auf die Indikationen zu operativem Eingreifen bei diesen Affektionen besonders interessiren dürfte. Allerorten merkt man dem neuen Band an, dass K. nicht nur über erweiterte große diesbezügliche eigene Erfahrungen verfügt, sondern auch die Monographien Langenbuch's, Körte's, Küster's, Sonnenburg's u. A. gründlich berücksichtigt hat. Sind auch manche Arbeiten, die zwar keine großen, aber immerhin werthvolle Bausteine an dem Werk der Chirurgie darstellen, unerwähnt geblieben, so ist es doch ein glänzendes Bild, das der vorliegende Band von dem gegenwärtigen Stand des Wissens und Könnens der Chirurgen auf den in ihm abgehandelten Gebieten zeichnet.

Kramer (Glogau).

---

3) W. Roth's Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiet des Militär-Sanitätswesens. Bericht für 1897. XXIII. Jahrgang.

(Supplementband zur Deutschen militärärztlichen Zeitschrift.)

Berlin, Mittler & Sohn, 1898. 147 S.

Durch den Tod des langjährigen Redakteurs der Deutschen militärärztlichen Zeitschrift, Oberstabsarzt Dr. Lenhartz, ist das Erscheinen des Jahresberichts für 1897 bis Ende des abgelaufenen Jahres verzögert worden. Die neue Redaktion will den überlieferten

Tendenzen treu bleiben, nur will sie zukünftig in den Abschnitten »Militär-Gesundheitspflege« und »Armee-Krankheiten« den eigentlich militärärztlichen Charakter noch mehr als bisher wahren. Wir können demnach mit Bestimmtheit erwarten, dass der Jahresbericht, welcher pietätvoll noch stets den Namen seines hochverdienten Begründers beibehält, dessen Absichten auch fernerhin getreu bleibend, jährlich eine vollständige Übersicht über Alles das bringt, was auf dem speciellen Gebiet geleistet wird. Auch der vorliegende Bericht dürfte dieser Aufgabe vollauf gerecht werden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

4) **Kimmle** (Berlin). Über Herrichtung von Feldbahnwagen zum Verwundetentransport.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1899. Hft. 1.)

Ganz besondere Wichtigkeit wird an maßgebenden Stellen dem Transport Verwundeter auf Feldbahnen beigemessen und sind Vorrichtungen hierzu namentlich von Haase angegeben worden. Durch das Haase'sche Schwebelager werden je 2 mit einander durch einen Wagenkasten verbundene Feldbahnwagen zum Fortschaffen von 6 Verwundeten eingerichtet. Unzweifelhaft hat diese Einrichtung manche Schattenseiten und hat K. sich im Auftrag des Generalkommandos des Gardecorps mit Verbesserung dieser Vorrichtungen beschäftigt. Unter Benutzung der Grund'schen Blattfedern hat er nun in 2 Etagen über einander 8 Tragen mit Verwundeten untergebracht, welche noch einen Mittelgang von etwa 43 cm zwischen sich frei lassen. Da die Kranken auf den Tragen gelagert bleiben können, so ist zugleich einer wichtigen Forderung Genüge geleistet, indem die Nothwendigkeit eines mehrmaligen Umladens beim Transport nach der Feldbahn und von dieser auf die Vollbahn damit vermieden wird. Die unteren Tragen können gleich den oberen auf den die Grund'schen Federn verbindenden Querbäumen stehen oder auch an die Querbäume der oberen Etage in der Weise des Hamburger Hilfskrankenzuges mittels Teufelsklauen aufgehängt werden. Endlich kann auch für die untere Etage das Haase'sche Schwebelager verwendet und können unter Verzicht auf den Mittelgang dann 10 Kranke fortgeschafft werden.

Zum Ersatz der Grund'schen Federn hat K. auch Improvisationseinrichtungen ersonnen. Als ein wesentlicher Vorzug erscheint entschieden der Umstand, dass im Wesentlichen dieselben Vorrichtungen für den Transport auf Feld- und Vollbahnen dienen. Bei Gelegenheit der Ausstellung des rothen Kreuzes und der großen Krankenträgerübung am III. Führer- und Ärztetage der freiwilligen Sanitätskolonnen im Oktober 1898 in Berlin konnte man diese Vorrichtungen in Funktion sehen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

5) **Kolischer.** Die Erkrankungen der weiblichen Harnröhre und Blase.

Wien, **Franz Deuticke,** 1898. 160 S. Mehrere Abb.

Die vorliegende Monographie bezweckt die Darstellung »einer Reihe von Anschauungen, die sich an der Schauta'schen Klinik im Laufe der Jahre herausgebildet haben«. Es ist also der ganze Tenor ein absichtlich subjektiver. Der Gegenstand ist auch bewusst nicht erschöpfend behandelt. Fortgelassen sind ausführliche historische Rückblicke, die Besprechung der Urinfisteln, der Bildungsfehler der Blase, deren nicht operative Verletzungen, ihre Betheiligung bei allgemeinen Neurosen. Trotzdem ist das Litteraturverzeichnis schon sehr umfangreich und der verarbeitete Stoff ein großer. Entsprechend der oben angeführten Tendenz ist die Darstellung eine knappe, geht nur bei der Darstellung technischer Einzelheiten mehr in die Breite. Wie zu erwarten, findet die Anwendung der modernen Cystoskope eine besondere Würdigung. Für die Harnröhre benutzt K. die Grünfeld'sche Tube, für die Blase und Harnleiter von ihm selbst modificirte Apparate nach Nitze und Brenner. An Details sei nur hervorgehoben, dass Verf. nach seiner offenbar großen Erfahrung die Anwendung des Operationscystoskops nicht so weit auszudehnen scheint wie Nitze. Der größte Werth wird auf die Cystoskopie bei Behandlung der infektiös entzündlichen Processe in der Blase (Gonorrhoe, Tuberkulose) gelegt und ihr Nutzen als groß geschildert, während energisch vor der kritiklosen Blasenspülung gewarnt und die Benutzung des Katheters à double courant dazu als »Spielerei« verworfen wird. Zur Schmerzstillung wird lokal Jodoform in Kakaostiften oder Sesamölemulsion (10%), als Mastdarmsuppositorien Ichthyol mit Kakaobutter verrieben (0,3 pro dosi) empfohlen. Bei jauchiger Cystitis bewährte sich Pyoktanin (1 : 2000), bei Cystitis dolorosa offene Jodoformgazetamponade eventuell mit Gummirohrdrainage durch die Harnröhre kombinirt. Beim Weibe treten Blasenblutungen oft auch ohne bösartige Neubildungen auf. Die Nachbehandlung der Sectio alta geschieht mit Dittel's gläsernem Knie, nicht mit Gummi-T-Rohr.

Durch die Kürze und Klarheit der Darstellung der behandelten Krankheiten hat die Arbeit gerade für den Nichtspecialisten besonderen Werth, während das technische Detail auch dem Operateur von Nutzen sein wird, da es als die Frucht eigener Erfahrung erscheint.

Die Abbildungen beziehen sich nur auf Instrumente.

Roesing (Hamburg).

---

6) **J. Moore.** Antistreptococcus-serum in the treatment of primary venereal tores and their complications.

(Brit. med. journ. 1898. November 26.)

M. hat die Heilwirkung des Antistreptokokkenserums bei den verschiedenen Arten von Schanker und bei Bubonen erprobt. Er

hat gefunden, dass bei beginnendem entzündlichem Bubo die Injektion von 5 ccm Serum, subkutan in die Leistengegend, sehr gut prophylaktisch wirkt und die Heilung des Schankers befördert. Bei voll entwickeltem entzündlichem Bubo wirkt innerhalb der ersten 48 Stunden eine Injektion von 10 ccm Serum in der Mehrzahl der Fälle vertheilend — die Entzündung geht zurück. Bei vorhandener Eiterung mag das Serum vielleicht die Eiterung beschränken, doch sind hier die Erfolge nicht befriedigend gewesen.

Bei phagedänischem Schanker scheint das Serum nicht nur neutralisirend auf die im Blut kreisenden Toxine, sondern auch direkt heilungfördernd auf die Granulationsbildung zu wirken.

In 48 mit Serum behandelten Fällen von akut entzündlichem Bubo trat nur 7mal Eiterung ein (in 3 Fällen schon über 4 Tage Bestand der Entzündung). **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

7) **M. Hodara.** Sur l'utilité des nouveaux dilatato-laveurs de Kollmann dans le traitement de la blennorrhagie chronique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1898. No. 10.)

Auf Grund seiner praktischen Erfahrungen empfiehlt Verf. die Kollmann'schen »Spüldilatatoren« für die Behandlung der chronischen Gonorrhoe und der chronischen follikulären Prostatitis. Die Sitzungen werden alle 8—10 Tage oder, wenn keine Reizerscheinungen auftreten, jeden 5. oder 6. Tag wiederholt. Während der Dilatation auftretende Schmerzen verschwinden durch Ausspülungen mit heißem Wasser. **P. Wagner** (Leipzig).

---

8) **Giovanni.** Tentativi di disinfezione di ferite infette con pus di ulcere veneree per mezzo del sapone commune.

(Gazz. med. di Torino 1898. No. 45.)

G. hat bereits in früheren Versuchen gefunden, dass sich durch Sublimatwaschungen die Entstehung eines Ulcus molle verhüten lässt. G. prüfte nun auch, ob der gewöhnlichen Seife eine desinficirende Kraft gegenüber dem Ducrey'schen Bacillus innewohne. Bei 16 Personen, die mit Ulcus molle behaftet waren, wurden kleine Wunden am Oberschenkel gemacht und mit dem Geschwürssekret inficirt, bei 5 anderen an den Genitalien. Dann wurden sie nach geringer Zeit der Reinigung mit Wasser und Seife unterworfen, die ersten darauf mit einem Uhrglas bedeckt. In den Versuchen gelang es, die Entstehung eines Ulcus molle entweder zu verhindern oder seine Entstehung zu verzögern. Die Wirkung ist um so sicherer, je früher und energischer die Desinfektion vorgenommen wird (bis zu 10 oder 15 Minuten), je weniger Gift zur Infektion verwandt war, wenn die Wunde einer einfachen Abschürfung glich. Einfache mechanische Reinigung mit Wasser ist erfolglos, also besitzt die Seife antiseptische Kraft. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

9) W. Camerer. Die Behandlung der Inguinalbubonen nach Erfahrungen im Hamburger Freimaurerkrankenhaus.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1898.

Nach sehr fleißiger Zusammenstellung aller möglichen Behandlungsmethoden der Inguinalbubonen (Litteraturverzeichnis mit 170 Nummern) bringt C. die an ziemlich großem Material des Hamburger Freimaurerkrankenhauses (Oberarzt Grisson) gewonnenen Erfahrungen. Zur Zeit wird nach folgenden Grundsätzen verfahren: Harte Bubonen erfordern zunächst den Versuch der Behandlung mit Eis, Quecksilber und Kompression, dann event. die Totalexstirpation; eitrig einschmelzende Bubonen werden bis zu 9 Tagen kataplasmirt. Ist so eine einzige Eiterhöhle erreicht, oder war sie vorhanden von Anfang an, so wird nach Lang durch eine kleine Incision der Eiter entleert und mehrfach $^1/_2$—1 %ige Argentum nitricum-Lösung eingespritzt und wieder ausgedrückt. Bilden sich beim Kataplasmiren vielfache Abscesse, so wird die Totalexstirpation ausgeführt.

Winkelmann (Barmen).

---

10) O. Lassar. Die dermatologischen Komplikationen des Diabetes und ihre Therapie.

(Therapie der Gegenwart 1899. Hft. 2.)

L. widerlegt die Auffassung, dass die Hautaffektionen bei Glykosurie (Furunkel, Karbunkel, Phlegmone, Pruritus) einen besonderen specifischen Charakter besitzen sollen. Die bei Diabetikern beobachteten Dermatosen treten auch bei anderen Kranken auf, bei jenen nur mit größerer Intensität, da der Zuckergehalt der Gewebe und Säfte ihrer Entwicklung förderlich ist. Der ätherreiche Zuckervorrath macht die Gewebe besonders geeignet für die Ansiedlung und Vermehrung der Eiterkokken. Je zuckerärmer der Organismus gemacht wird, um so weniger wird das Wachsthum der Entzündungserreger begünstigt. Desshalb ist für alle an Furunkulosis, Pruritus genitalium Leidende in erster Linie eine antidiabetische Kost zu empfehlen. Hiermit Hand in Hand gehen muss eine sachgemäße Lokal- und Allgemeinbehandlung, deren Principien ausführlich erörtert werden. Speciell für Pruritus vulvae empfiehlt L. die Reinigung der befallenen Theile nach P. Ruge (Abseifung, Bespülung mit 2—3 %iger Karbollösung), dann Applikation von 1—2 %iger Karbol-Zinnoberschwefelsalbe. Die Arbeit enthält eine Fülle weiterer therapeutischer Maßnahmen, die sich dem erfahrenen Kliniker bewährt haben.

Gross (Altona).

---

11) Buschke. Die operative Behandlung des Lupus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 47.)

Auf Grund seiner reichen Erfahrungen, welche B. auf der Greifswalder chirurgischen und Berliner dermatologischen Klinik sammelte, hält er von allen Palliativmethoden zur Behandlung des Lupus die alte Methode der Ausschabung und Ustion mit ev. nach-

folgender Pyrogallussalbenapplikation als die einzige in erster Linie beachtenswerthe. Es folgt eine genaue Beschreibung des von B. empfohlenen Verfahrens, die im Original nachgesehen werden möge. Von den anderen Palliativmethoden leistet nach B.'s Anschauung keine annähernd dasselbe. Die von Hollaender empfohlene Behandlung des Lupus mit heißer Luft wäre der Exkochleation und Ustion in ihrer Wirkung ungefähr gleichzusetzen, bietet überdies den Vortheil der einfacheren Technik.

Von medikamentösen Substanzen in Solution kommt das alte und neue Tuberkulin in Betracht. Das alte, welches nur geringen diagnostischen Werth hat, kann therapeutisch nicht verwendet werden, indem es durch die Reaktion leicht eine Fortsetzung und Verschleppung der Krankheit bewirkt, andererseits, weil es eine länger dauernde und intensive Darreichung wegen ev. innerer Tuberkuloseherde nicht ungefährlich ist. Auch das Neutuberkulin hat nach den bisherigen Erfahrungen keine sicheren befriedigenden Resultate aufzuweisen. Das von Unna empfohlene Salicylkreosotpflaster, feuchte Verbände mit Sublimat und 1%iger Kresolaminlösung leisten mitunter gute Dienste bei stark ausgedehnten, unzugänglichen Fällen.

Die Elektrolyse vorzunehmen, hält B. für berechtigt, wenn vielleicht 1 oder 2 distinkte Knötchen im Gesicht vorhanden sind und man auffallendere Narbenbildung vermeiden will. Misslingt der 1. Versuch durch Auftreten eines Recidivs, so ist ein zweiter nicht am Platze, sondern muss der Exstirpation des Herdes Raum geben. Als unzweckmäßig verwirft Verf. die Anwendung der Cosmé'schen Paste, welche wohl energisch zerstörend wirkt, jedoch schmerzhaft und nicht so berechen- und begrenzbar ist wie die Radikaloperation, welche in kurzer Zeit mit zufriedenstellendem kosmetischen Resultat die Heilung Lupuskranker erzielt. Dieser spricht B. das Wort und berichtet über 22 Fälle von Lupus, welche er durch die Exstirpation geheilt und dabei nur 1mal ein Recidiv an der Operationsstelle beobachtet hat. Aus der ausführlicher besprochenen Technik sei hervorgehoben, dass sich B. der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie mit Erfolg bedient und die Exstirpation 1—2 cm weit entfernt vom äußersten noch erkennbaren Herd vornimmt. Zur Plastik bedient B. sich Krause'scher Lappen, welche weniger schrumpfen sollen wie die nach Thiersch gewonnenen. Natürlich muss man sich hüten, bei der Plastik etwa schon kranke Haut zu übertragen, deren Beurtheilung oft der klinischen Beobachtung entgehen kann. B. empfiehlt daher für die Erkennung latenter Herde das Koch'sche Tuberkulin als diagnostisches Hilfsmittel in Anwendung zu ziehen.

B. fasst seine Ansichten dahin zusammen, dass durch die Radikaloperation eine Anzahl Lupuskranker definitiv in kurzer Zeit mit gutem kosmetischem Effekt zu heilen ist, dass bei anderen Fällen, die nicht mehr der radikalen Behandlung zugänglich sind, durch partielle Exstirpation genützt werden kann. In erster Linie soll aber bei jedem Lupusfall die Exstirpation in Erwägung gezogen werden

und erst wenn sich die Unmöglichkeit oder Unzweckmäßigkeit derselben herausgestellt hat, können andere Palliativmethoden in ihre Rechte treten.

Bei diesem Gedankengang würden sich auch die Fälle verringern, in welchen durch fortgesetzte und oft nutzlose Palliativbehandlung eine Radikalbehandlung, welche, von vorn herein zur Anwendung gebracht, zur Heilung geführt hätte, nicht mehr zur Hilfe herangezogen werden kann. **Gold** (Bielitz).

---

12) **N. K. Lyssënkow.** Topographie und operative Chirurgie der Schädelhöhle.

(Beilage zum Heft 22 der »Chirurgia« 1898. 172 S., XXXVI Taf. und zahlreiche Abbild. im Text. [Russisch.])

Priv.-Doc. L. hat mit seinem Buch ein verdienstvolles Werk geschaffen. Es ist nicht nur dazu bestimmt, eine knappe orientirende Übersicht über das ganze Gebiet der Hirnchirurgie zu geben, sondern auch als Beihilfe zu den Vorlesungen zu dienen, welche L. über die Chirurgie des Centralnervensystems hält.

Dem Werk sind die Arbeiten von v. Bergmann, Allen Starr, Chipault, Gerard-Marchant u. A. zu Grunde gelegt, aber der Stoff ist doch selbständig verarbeitet. Die instruktiven Abbildungen sind zum größten Theil nach zu diesem Zweck besonders angefertigten Präparaten angefertigt, theils nach Präparaten des patholog.-anatomischen Instituts und der Sammlung des Instituts für operative Chirurgie (Dir. Prof. Diakonow), an welchem L. Assistent ist, entnommen, theils aus den größeren Specialwerken entlehnt. L. hat sich die Aufgabe gestellt, möglichst vollständig auch die russische einschlägige Litteratur zu berücksichtigen. Der gewaltige Stoff ist in knapper Form streng systematisch und sehr übersichtlich geordnet. Das Gebiet der Gehirnbrüche, das L. in seiner Moskauer Dissertation vor einigen Jahren monographisch bearbeitet hat, ist besonders eingehend behandelt. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

---

13) **B. Dragosescu.** Craniectomia temporaria.

Bukarest, 1898. 149 S. mit 46 Abbildungen.

Es ist eine werthvolle, im Bukarester Universitätsinstitut für topographische Anatomie und Chirurgie unter Leitung des Prof. Thomas Jonnescu gearbeitete Inauguraldissertation, die in 7 Abschnitte zerfällt. Im ersten Abschnitt schildert Verf. die Anfänge der Schädelchirurgie und die ursprünglich angewendeten Instrumente und kommt ausführlich auf die temporäre Kraniektomie zu sprechen. Im zweiten Abschnitt folgt eine Aufzählung der Operationsverfahren von Wagner, Müller-Beck, Bruns, Chipault, Toison, Gigli, Scofi, Zuccaro und den von Padula angegebenen instrumentellen und technischen Abweichungen, Horsley-Auvray und Codivilla, mit ausführlicher Schilderung der Technik und mit erläuternden

Abbildungen. Dem Doyen'schen Verfahren ist der dritte Abschnitt gewidmet, wo alle von Doyen angegebenen Werkzeuge abgebildet und besprochen werden. Darauf werden die Operationstechnik selbst, die in 7 Abschnitte getheilt ist (Incision der Weichtheile und Lösung des Periosts; Durchbohrung des Knochens; die Messung der Knochendicke und die Anwendung der Säge; Vollendung des Knochenschnitts und Emporheben des Lappens; Incision der Dura mater, Untersuchung des Gehirns und Versorgung der Läsionen; Naht der Dura mater; Wiederauflegen des Knochen-Hautlappens und Naht der Hautdecke) und die postoperativen Erscheinungen geschildert. Nachdem die von Thomas Jonnescu vorgenommenen Änderungen der Instrumente und eine vom Verff. angegebene Mess-Säge, die die Operationsdauer bedeutend verkürzt, besprochen werden, schildert Verf. die von seinem Chef befolgte Operationstechnik, die in mancher Hinsicht von dem Doyen'schen Verfahren abweicht; der Abschnitt schließt mit einer Schilderung der elektrischen Instrumentation Doyen's und deren Anwendung. Der vierte Abschnitt ist den Zufällen während der Operation und deren Vorbeugung gewidmet, von einer anatomisch-topographischen Schilderung des Schädels und des Gehirns gefolgt. Im fünften Abschnitt werden 15 Krankengeschichten mitgetheilt, aus denen sich ergiebt, dass von den Kraniektomirten 5 geheilt, 1 gebessert und 5 nicht gebessert worden sind, während 3 gestorben sind und 1 sich noch in Behandlung befindet. Von den 5 Verstorbenen starben 2 in Folge von anderen, der Operation fremden Wirkungen, 1 (Epileptiker) starb plötzlich nach 1 Monat, 1 starb 6 Wochen post operationem an Lungengangrän, nur 1 starb an den Folgen der Operation (Blutung in der Schädelhöhle). Alle Fälle werden eingehend studirt, und in Tabellenform die seit Wagner (1889) bis jetzt ausgeführten 78 Kraniektomien angegeben. Nachdem noch im sechsten Abschnitt eine Reihe von Arbeiten an der Leiche und 3 neue Lappen (1 Stirnlappen, 2 Hinterhauptslappen und 1 Lappen zur Auffindung der mittleren Etage des Schädels und des Gangl. Gasseri), so wie das Wagner'sche und Gigli'sche Verfahren geschildert werden, gelangt Verf. im siebenten Abschnitt dahin, das Wagner'sche Verfahren wegen der bedingten Gehirnerschütterung zu verwerfen, die Vorzüglichkeit des Doyen'schen Verfahrens anzuerkennen, namentlich nach der von Thomas Jonnescu eingeführten Vereinfachung und der vom Verf. vorgeschlagenen Mess-Säge, die die Operationsdauer wesentlich abkürzen. Dem Gigli'schen Verfahren wirft Verf. vor, dass die Drahtsäge nur langsam schneidet, dass die erhitzte Säge den Knochen verbrennt, während sie selbst bricht; der Knochenschnitt ist zu glatt, so dass nach Wiedereinfügung des Lappens die Knochen sich nicht greifen und bei vergrößertem intrakraniellen Druck der Lappen von seiner Stelle verschoben wird. Außerdem verträgt das Fischbein weder Hitze noch medikamentöse Desinfektion. Das Gigli'sche Verfahren könnte nur bei kleinen Lappen in Anwendung gebracht werden. Die Verfahren von Toison, Padula,

Zuccaro, Codivilla und Horsley können sich mit dem Doyenschen nicht messen.

Bei der schließlichen Besprechung der Indikation und Kontraindikation der temporären Kraniektomie gelangt Verf. zum Schluss, dass die Kraniektomie der Trepanation vorzuziehen ist, dass das Doyen'sche Verfahren die Einwendungen Tillmann's und Bourneville's berücksichtigt und die Schädelhöhle thatsächlich vergrößert, und dass endlich die von der Incision der Dura mater gefolgte Kraniektomie auch in der Behandlung der Epilepsie, der akuten und chronischen Meningitiden, der Meningealblutung und der alten Gehirnblutungen gute Resultate zu liefern im Stande ist.

Hârsu (Bukarest).

---

14) **L. de Sanctis.** Sull' idrocefalo congenito.

(Durante's Festschrift Vol. II.)

Der Hydrocephalus congenitus kann fast immer anstatt nach Keen durch dauernde Lumbaldrainage behandelt werden. Die Drainage muss so früh als möglich eingeleitet werden, wenn die Fontanellen noch offen und die Nähte noch nicht vereinigt sind. Das Verfahren ist gerade so unschuldig wie die Quincke'sche Punktion. Die Entleerung der Flüssigkeit geschieht dabei langsamer als bei Drainage der Ventrikel. Die Zweckmäßigkeit des Verfahrens geht auch aus dem Entstehen eines Hydrocephalus nach Schließung einer offenen Spina bifida aperta oder nach der Radikaloperation dieser — was nicht selten eintritt — hervor. Bei dem regelmäßigen ungünstigen Ausgang eines sich selbst überlassenen Hydrocephalus muss die Lumbaldrainage stets ausgeführt werden, wenn die Ventrikel- oder Lumbalpunktion ergebnislos geblieben sind. **Dreyer** (Köln).

---

15) **Passow.** Untersuchungen von Ohrenkrankheiten nach Unfällen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898. No. 12.)

Verf. verlangt unter ausführlicher Begründung bei jedem Unfall, unter allen Umständen aber Unfällen, wo es sich um Schädel- oder Gesichtsverletzungen oder um allgemeine Erschütterungen des ganzen Körpers handelt, vom behandelnden Arzt eine sofortige Untersuchung der Ohren. Erfahrungsgemäß werden Rentenansprüche wegen Ohrenleiden meist erst monatelang nach dem Unfall erhoben. Gerade bei Ohrenerkrankungen ist es Thatsache, dass sie lange Zeit, monatelang, bestehen können, ohne selbst von intelligenteren Pat. beachtet oder auch nur empfunden zu werden. Ist es desshalb häufig schon bei Nichtversicherten schwierig, die Zeit des Beginns eines Ohrenleidens festzustellen, so ist dies um so mehr noch bei Unfallverletzten der Fall, die aus begreiflichen Gründen häufig absichtlich unwahre Angaben machen. Mit 5 äußerst lehrreichen Fällen wird die Forderung begründet. **Teubner** (Hannover).

---

16) R. Stockmann. On the cause of so-called phosphorus necrosis of the jaw in match-workes.

(Brit. med. journ. 1899. Januar 7.)

S. ging von der Ansicht aus, dass die aus Phosphorsäureanhydrid (P_4O_6) mit Beimengungen von Phosphorigsäureanhydrid (P_2O_5) bestehenden Phosphordämpfe, während deren Oxydation sich in geringen Mengen entweder Ozon oder Wassersuperoxyd bilden, unmöglich im Stande sein können, eine chronische eitrige Knochenentzündung zu veranlassen. S. hat desshalb den Eiter von 6 Fällen von Phosphornekrose der Kiefer bakteriologisch untersucht und neben zahlreichen anderen Mikroorganismen auch Staphylococcus albus und Streptokokken gefunden, welche eben so wenig die Ursache der charakteristischen »Phosphor«-Nekrose sein konnten. Bei der Untersuchung des Eiters der 6 Fälle in Deckglaspräparaten nach Ziehl-Neelsen-scher Methode fand S. in allen Fällen Tuberkelbacillen. Versuche, durch Inokulation des Eiters auf Thiere Tuberkel zu erzeugen, misslangen. S. nimmt desshalb an, dass die Bacillen abgestorben sind oder ihre Virulenz verloren haben; dass sie auch in diesem Zustand eine chronische Eiterung unterhalten können, ist durchaus glaubhaft. Einen weiteren Beweis dafür, dass die Phosphornekrose tuberkulösen Ursprungs ist, sieht S. in der Thatsache, dass in den meisten tödlich verlaufenen Fällen Lungentuberkulose oder Tuberkulose anderer Organe gefunden wird. S. ist der Ansicht, dass die Phosphordämpfe, welche gesundem, mit Zahnfleisch bedecktem Knochen nicht schaden, beim Vorhandensein von frischen Zahnlücken, von cariösen Zähnen etc. die Ernährung und Widerstandskraft des Knochens schwächen und so einen für die tuberkulöse Infektion prädisponirten Boden schaffen. Thierversuche (Kaninchen mit entblößtem Kiefer in Phosphordämpfen und neuen Käfigen erkrankten nicht, in alten Käfigen acquiriren die Thiere sehr bald Tuberkulose, der sie erliegen) beweisen die Richtigkeit der Ansicht S.'s.

Die therapeutischen Folgerungen S.'s fordern zeitige Entfernung des tuberkulösen Herdes an Kiefer und Zahnwurzel und frühe sanitäre Maßregeln, Füllen der Zähne etc., die sich zum Theil gegen die Tuberkulose richten müssen. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

17) H. A. Lothrop. The anatomy and surgery of the frontal sinus and anterior ethmoidal cells.

(Annals of surgery 1898. November.)

Die Monographie, welche sich durch mehrere Hefte der Annals of surgery hinzieht, enthält eine sehr genaue anatomische und klinische Darlegung der einschlägigen Verhältnisse. Zum Referat ist die Arbeit nicht geeignet, doch sei es nicht versäumt, auf dieselbe hinzuweisen. Sehr zahlreiche gute Abbildungen illustriren das Ganze.

Tietze (Breslau).

---

18) **Rose** (London). On the practical value of extensive removal of nerve trunks in the operative treatment of trigeminal neuralgia.

(Practitioner 1899. März.)

R. hat zur Resektion des II. Astes des Trigeminus eine Schnittführung angegeben, die den freiesten Zutritt in der Fossa sphenomaxillaris ermöglicht. Die Methode ist eine Modifikation derjenigen Braun-Lossen's. Um eine möglichst wenig entstellende Narbe und den weitesten Spielraum zu erhalten, wird ein Hautlappen von folgender Ausdehnung zurückgeklappt. Der Schnitt beginnt unterhalb des Processus zygomaticus des Stirnbeins, verläuft von da auf dem Jochbogen entlang, biegt vor dem Ohr nach abwärts um bis zum Winkel des Unterkiefers und wird nach vorwärts um 2 Zoll verlängert. Auf dem Scheitel jeder Krümmung werden zwei kleine Einkerbungen gemacht, um die genaue Vereinigung der Haut zu erleichtern. Der Lappen, bestehend aus Haut und subkutanem Fett, wird zurückgeschlagen, dann der Jochbogen doppelt durchschnitten und nach unten geklappt. Ist der Processus coronoideus des Unterkiefers stark entwickelt, so wird er ebenfalls durchschnitten.

Von 20 nach dieser Methode Operirten ging nur einer zu Grunde, bei dem in Folge ausgedehnter, durch früher ausgeführte Operation bedingter Verwachsungen die Highmorshöhle eröffnet wurde.

Verf. hat neuerdings die Indikationen für die Resektion des Ganglion Gasseri immer mehr beschränkt. Er kam in vielen Fällen, in denen er früher die Resektion des Ganglions für angezeigt erachtet hätte, aus mit der Resektion des II. Astes nach obiger Methode, der er nach einigen Wochen die ausgedehnte Resektion auch des III. Astes folgen ließ. Den I. Ast zu reseciren wurde fast nie nöthig.

Strauch (Braunschweig).

---

19) **J. L. Goodale.** A contribution to the pathological histology of acute tonsillitis.

(Journ. of the Boston soc. of med. sciences 1899. Januar.)

G. untersuchte 16 Mandeln bei akuter Entzündung (Angina). In 4 Fällen fanden sich Abscesse, die im Innern der Follikel ihren Anfang nahmen, sich vergrößerten und event. in die Krypten sich entleerten. Sonst war die »akute Tonsillitis« charakterisirt durch eine mächtige Proliferation der Zellen, sowohl der Lymphocyten in den Follikeln (diese erfuhren so eine deutliche Vergrößerung), als der Endothelzellen des Reticulums und auch der Gefäßwandungen.

Bakterien (Streptokokken, Staphylokokken) im Tonsillargewebe fanden sich in Fällen ohne Eiterung nur selten vor.

Gross (Straßburg i/E.).

---

20) **Maffucci.** La patologia della cauda equina e cono terminale.

(Durante's Festschrift Vol. I.)

Die Beobachtungen des Verf. und anderer Autoren beweisen, dass die Affektionen der Cauda equina durch die Vertheilung der sensiblen und motorischen Wurzeln ihre Symptomatologie bedingen. Desshalb ist durch die Innervationsstörungen auch keine Differentialdiagnose zwischen einer Wurzelerkrankung und einer umschriebenen Spinalläsion ermöglicht. Sobald eine Erkrankung des Knochens unterhalb der unteren Grenze des Conus terminalis vorliegt, handelt es sich um eine Wurzelaffektion. Wenn der Conus terminalis betheiligt ist, so fehlen niemals Symptome von Seiten des Mastdarms und der Blase. Es muss also ein ano-vesikales Centrum beim Menschen im Conus terminalis vorhanden sein. Spontane Blutungen bei Meningealerkrankung können eben so wie traumatische Blutungen ohne chirurgischen Eingriff glücklich ablaufen. Indess ist ein Eingriff bei Traumen und Neubildungen angezeigt, ohne dass sich bisher aus der Statistik genaue Indikationen für den einzelnen Fall ableiten ließen. **Dreyer** (Köln).

---

21) **O. Vulpius.** Zur Statistik der Spondylitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 2.)

Wie die Überschrift sagt, enthält die Arbeit ausschließlich statistische Zusammenstellungen aller möglichen Einzelheiten. Verf. benutzte dabei neben dem eignen Material die größere Summe der in der Litteratur publicirten Spondylitisfälle. So sind namentlich die Arbeiten von Billroth, Lorenz, Nebel u. A. m. benutzt. Es würde für ein Referat zu weit führen, auf die Details näher einzugehen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

22) **Benvenuti.** Tumori del midollo spinale.

(Durante's Festschrift Vol. II.)

B. beschreibt 2 Fälle und folgert, dass die Sarkome der Pia mater spinalis auf das Rückenmark übergehen können, und zwar in einer solchen Ausdehnung, dass das Symptomenbild der intramedullären Geschwülste entsteht. Die intramedullären Geschwülste entwickeln sich besonders in der grauen Substanz und in dem vorderen Theil der Hinterstränge. Nicht die Blutgefäße allein, die hier reichlicher entwickelt sind, sondern in erster Linie die Lymphgefäßentwicklung und die Struktur der Neuroglia dieser Theile tragen an diesem Verhalten Schuld. Durch Degenerationsprocesse der intramedullären Geschwülste entstehen syringomyelitische Höhlen. Die mediale Schleife ist nur eine Fortsetzung des sensitiven Bündels, das in den Fibrae arcuatae internae aus den Goll'schen und Burdach-schen Strängen entspringt. Rectovesikale Symptome hängen von einer Erkrankung des Conus medullaris ab. **Dreyer** (Köln).

Kleinere Mittheilungen.

23) **Romeo.** La epicistotomia quale operazione preliminare per la restaurazione dell' uretra della donna.

(Durante's Festschrift Vol. II.)

Eine bei einem 3jährigen Mädchen vorgenommene Steinoperation hatte zu Inkontinenz geführt. Eine Operation zur Heilung derselben war erfolglos geblieben. Bei dem 18jährigen Mädchen fehlen die vorderen 2 Drittel der Harnröhre ganz und vom hinteren Drittel der größere Theil der unteren Wand. Die Umgebung ist in starres Narbengewebe verwandelt. Es wird eine neue Harnröhre aus der Scheide gebildet. Als aber am 6. Tage der Verweilkatheter entfernt wird, eitern die Stichkanäle in Folge der Berührung mit dem Urin, und es tritt wieder Inkontinenz ein. Bei einer 2. Operation wird die Epicystotomie gemacht und der Urin durch ein Drainrohr aus der Bauchwunde geleitet. Jetzt gelingt eine neue Plastik mit Hilfe von Scheidenlappen gut, indem der Urin der auf dem Bauch und später auf der Seite liegenden Pat. die Wunde nicht benetzt. Unglücklicherweise tritt die Menstruation ein, und eine Blutung aus den Venenplexus der Blase und der Harnröhre zerstört nochmals das Resultat. Erst eine 3. Plastik, zu der das Material aus den kleinen Schamlippen genommen wird, führt definitiv Kontinenz herbei. **Dreyer** (Köln).

24) **A. Baurowicz.** Ein praktischer Verschluss für Kanülenöffnung.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 1.)

Statt des gewöhnlich angewendeten Stopfens aus Kork oder Gummi, welcher beim Husten oder Sprechen leicht gelockert wird, empfiehlt Verf. zum vorübergehenden Verschluss der Kanülenöffnung ein an beiden Enden verschlossenes Stück entsprechend dem oberen Theil der inneren Kanüle, welches wie diese eingeführt und an dem gebogenen Stift des Schildes der äußeren Kanüle befestigt wird. **Teichmann** (Berlin).

25) **Bovero.** Un caso di rinvigorimento del virus sifilitico.

(Gazz. med. di Torino 1898. No. 43.)

Ein Mann, der mit 12 Jahren Fußtuberkulose gehabt, erwirbt mit 29 Jahren Lues; mehrmals Schmierkuren und innerliche Behandlung mit Hydrarg. jodat. Hat von 31 Jahren an keine Zeichen von Lues mehr, heirathet im 38. Jahr und zeugt ein gesundes Kind. Mit 39 Jahren bekommt er wieder typische sekundäre Efflorescenzen auf der Mund- und Lippenschleimhaut und inficirt seine Frau, welche eine ulcerirte Initialsklerose einer großen Schamlippe seit 10 Tagen zeigt. Verlauf und Behandlungseffekt bestätigen die Diagnose tardive sekundäre Lues. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

26) **A. P. Jordan.** Über die Häufigkeit von Pharynx- und Larynxaffektionen bei Syphilis.

(Medicinskoje Obosrenje 1898. November. [Russisch.])

Bei Syphilis condyl. recens fand J. unter 365,7 Fällen in 30% keine Angina, in 43,5% Angina erythematosa, 25,3% A. papulosa, 0,5% — Geschwüre. Für recidive Syphilis condyl. sind die betreffenden Zahlen in 210 Fällen: 33,9—29,0—36,2—0,9. Im Kehlkopf fanden sich ähnliche Veränderungen in frischen Fällen (365) 50,4—47,2—2,4—0%, in 210 recidiven Fällen 55,8—39,5—4,2—0,2%. 75 Fälle von Syphilis gummosa zeigten in 50,7% keine Veränderungen im Rachen, in 33,3% Ulcerationen, in 16,1% katarrhalische Symptome. Der Kehlkopf ergab in denselben 75 Fällen in 73,3% keine Veränderungen, in 9,3% Geschwüre, in 17,4% Katarrh. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

27) **Seydel** (München). Bericht über 14 Trepanationen des Schädels.
(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 9 u. 10.)

Die Trepanationen kamen in folgenden Fällen, deren Bericht von kurzen Bemerkungen über den gegenwärtigen Stand der Gehirnchirurgie begleitet wird, zur Ausführung: in je 1 Fall 1) von Tuberkulose des Scheitelbeins; Heilung; 2) von Epilepsie; Tod nach Fortdauer der Anfälle; 3) von Fibrom der Dura mit allgemeinen und Herdsymptomen; anfänglich scheinbare Heilung, später neue Symptome in Folge von Verwachsung der Dura mit Schädel und Gehirn; anderwärts erneute Operation mit vorübergehender Besserung und schließlich immer schwereren Hirnerscheinungen; Tod nach $2^1/_2$ Jahren; 4) von rasch wachsendem Osteom der Orbita; Heilung; 5) von entzündlicher Erweichung des Gehirns nach inficirter Stichverletzung; Heilung; 6) von Schussverletzung des Gehirns; Tod an multiplen Hirnabscessen; 7) von eitriger Pachymeningitis externa nach Fraktur; Heilung; 8) von Hirndruck wegen Blutung aus der Art. meningea media; Heilung; und 9) in 6 Fällen von komplicirten Frakturen; Heilung. **Kramer** (Glogau).

28) **A. D. Staicovici** (Bukarest). Das Sarkom der Augenlider.
(Revista de chirurgie [Bukarest] Vol. III. Fasc. 1 u. 2.)

Es sind bis jetzt 15 von Fuge zusammengestellte Fälle von primitivem Sarkom der Augenlider bekannt. S. hat in der Augenklinik des Prof. Manolescu 2 neue Fälle beobachten können, bei einer 65jährigen Frau und einem 40jährigen Mann, bei der ersten beiderseitig, bei dem zweiten nur rechts. In keinem Falle Verbindung mit Nachbarorganen; die Drüsen sind frei. Mit Lokalanästhesie operirt. Nach 4 resp. 12 Monaten zeigt der 1. Fall Recidive. Jedes Mal ergab die mikroskopische Untersuchung nicht pigmentirtes Rundzellensarkom.

Hârsu (Bukarest).

29) **Djakonow, Rein, Wolynzew, Deschin.** Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Klinik der Iberischen Gemeinde barmherziger Schwestern in Moskau vom 15. Oktober 1896 bis 31. December 1898.
Moskau, 1899. 284 S. (Russisch.)

Nach Schilderung (in Wort und Bild) der Klinik und ihrer Einrichtung folgt eine topographisch geordnete, äußerst genaue Beschreibung von 265 Fällen, die an 221 Pat. beobachtet wurden. Die wichtigsten Fälle sind theilweise früher schon in der russischen Zeitschrift »Die Chirurgie« veröffentlicht und im Centralblatt referirt worden, zum Theil werden sie demnächst ebendaselbst gebracht werden. Ref. begnügt sich daher mit dem Hinweis auf diesen nachahmenswerthen Bericht. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

30) **Grundfest.** Zur Abortivbehandlung der Bubonen.
(Wiener klin. Wochenschrift 1898. No. 32.)

Die auf der Mraček'schen Abtheilung des Rudolfspitals in Wien nach der Methode von Waelsch abortiv behandelten Fälle von Bubonen verliefen in 40% (unter 20) günstig, d. h. ohne nachfolgende Incision mit relativ kurzer Behandlungsdauer. In 60% führte die Methode dagegen nicht zum Ziel. Es musste bis auf einen, welcher durch nachträgliche Injektion von Arg. nitricum 1 : 100 nach Lang zur Heilung gebracht werden konnte, die Incision angeschlossen werden.

Waelsch's Methode besteht in Injektion von einfacher sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung in das entzündete Drüsengewebe. Wo bereits Erweichung eingetreten ist, wird der Injektion eine Aspiration des Inhalts mit der Pravaz-schen Spritze vorausgeschickt. **Hübener** (Breslau).

31) **J. Curtillet et L. Dor.** Maladie kystique et calcaire des glandes sudoripares.
(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. November.)

Der Fall, welcher der Mittheilung von C. und D. zu Grunde liegt, betrifft ein 8jähriges Mädchen, an dessen Extremitäten sich eine große Anzahl von Haut-

geschwülsten zeigt von der Größe eines Getreidekorns bis zu der eines Eies. In einigen dieser Geschwülste fand sich ein flüssiger Inhalt von milchähnlicher, fast öliger Beschaffenheit, bestehend aus sehr feinen, stark lichtbrechenden Kügelchen, die mikroskopisch sich als stark mit Fett-Tröpfchen erfüllte zellige Gebilde erwiesen. Neben diesen Cysten zeigten andere einen rein fibrösen Charakter, während eine 3. Gruppe im Centrum einen kalkigen Kern barg. Drüsige Elemente in Knäuelform, die sich an verschiedenen Stellen zeigten, veranlassen die Verff., den Ausgangspunkt der Affektion in den Schweißdrüsen zu suchen und dieselbe als identisch mit den von Jacquet und Darier beschriebenen Hydradénomes eruptifs anzusehen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

32) H. Heyer. Über einen Fall von Ohrcarcinom, behandelt mit Resektion des Felsenbeins.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 522.)

Die hier beschriebene Operation ist von L. Heidenhain an einem 67jährigen Pat. ausgeführt, der an Recidiven eines Gehörgangscarcinoms litt, welches vor 2 Jahren von anderer Seite primär exstirpirt war. Nach Excision der kranken Weichtheile (M. temporalis, sternocleido etc.) heißt es: »Durchmeißelung der Schläfenschuppe, Abhebelung der Dura und stückweise Exstirpation des Schläfenbeins mit der Luer'schen Zange. Es fielen fort ein großer Theil der Schläfenbeinschuppe, die hintere und fast die ganze obere Wand des Kiefergelenks unter breiter Eröffnung des gesunden Gelenks, der gesammte Bezirk des knöchernen Gehörgangs, die Pars mastoidea des Felsenbeins unter Freilegung des Sinus transversus bis zur Schädelbasis hin, so wie die Felsenbeinpyramide bis zur Mitte der Schnecke«. Die tieferen Theile der Pyramide waren stark sklerotisch und elfenbeinhart, so dass nur mit großer Mühe Stückchen für Stückchen abgenommen werden konnte. Erst dicht vor dem Canalis caroticus wurde Halt gemacht. Am Schluss der Operation war die Dura gut in der Größe eines 5-Markstücks freigelegt. Die Wunde vernarbte binnen mehrerer Monate. Nach 9 Monaten Operation eines neuen Recidivs in Weichtheilen. Auch hiernach zwar abermaliges Wiederwachsen der Geschwulst, doch war zur Zeit des Berichts der Pat. noch am Leben und zeitweise sogar berufsfähig.

H. erachtet das von Heidenhain eingeschlagene Verfahren als einen »gangbaren Weg« zur Behandlung des Felsenbeincarcinoms, bei welchem weniger eingreifende Maßnahmen, wie eine von H. aus der Litteratur gesammelte Beobachtungsreihe beweist, völlig unzulänglich sind. Die radikale Knochenexstirpation wird, wo die innere Corticalis noch gesund ist, vielleicht selbst Dauerheilungen ermöglichen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

33) Müller. Ein operativ geheilter otitischer Kleinhirnabscess. (Aus der Ohrenklinik des Charitékrankenhauses in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 48.)

M. veröffentlicht die sehr ausführliche Krankengeschichte eines 23jährigen Pat., bei dem er durch Eröffnung eines linksseitigen Kleinhirnabscesses völlige Heilung sehr schwerer Symptome erzielte.

Dem Pat. war zuerst wegen Mittelohreiterung der Warzenfortsatz aufgemeißelt worden, wobei ausgedehnte Caries der Gehörknöchelchen und der Knochenwandungen gefunden wurde.

Bald nach der Operation trat heftiges Fieber und Schüttelfrost auf, der sich viele Wochen lang wiederholte, ohne dass in der Wunde sich ein Grund entdecken ließ.

Endlich deutete ein immer deutlicher werdender Symptomenkomplex, doppelseitige Stauungspapille, Schwindelgefühl, Perkussionsempfindlichkeit hinter der Operationshöhle, angehaltener Stuhl, linksseitige Abducenslähmung, Kopfschmerzen im Hinterkopf mit Wahrscheinlichkeit auf einen Abscess im Kleinhirn hin.

6 Wochen nach Auftreten des ersten Schüttelfrostes wurde von der hinteren Umrandung der Radikaloperationshöhle zur Protuberantia occipitalis externa ein

nach oben konvexer Bogenschnitt gemacht und dann ein 3 cm langes Knochenstück nach Loslösung des Hautlappens nach unten entfernt. Nach Spaltung der normal aussehenden, vorgewölbten Dura wurde ein Messer 3 cm weit in das Kleinhirn eingeführt; nach Erweiterung der Wunde entleerte sich blaugrüner, stinkender Eiter.

Nach der Operation — die Wunde heilte glatt — trat völliger Rückgang aller Symptome ein und nach 3 Monaten konnte Pat. geheilt entlassen werden.

M. bespricht im Anschluss an diesen sehr interessanten Fall die Ätiologie und Diagnose der Kleinhirnabscesse.

Er betrachtet neben den angeführten Symptomen auch die zweifellos vorangegangene Thrombose im Sinus sigmoideus als diagnostisch wichtig.

Die Operationsstelle wurde genau da gewählt, wo Lobus superior anterior (quadrangularis) und Lobus superior posterior (semilunaris) zusammenstoßen.

M. hält die Eröffnung hier für sicherer und zweckmäßiger als die von der hinteren Wand der Radikaloperationshöhle aus; auch kann sie ausgiebiger gemacht werden.

Stets und unter allen Umständen hat die operative Behandlung der primären Mittelohreiterung mit der chirurgischen Entleerung des Gehirnabscesses Hand in Hand zu gehen.

Die Drainirung der Abscesshöhle geschieht am besten mit dünnen Jodoformgazestreifen.

Die Knochenöffnung darf nicht so groß sein, um einen Prolaps entstehen zu lassen.

Der Messerwunde hat stets die vorsichtig gebrauchte Kornzange zu folgen.

Die Fiebererscheinungen nach der 1. (Radikal-) Operation sieht M. als Folge einer auf die Erschütterung des Meißelns zurückzuführenden Mobilisirung vorhandener septischer Stoffe an.

Der Eiter enthielt, bakteriologisch untersucht, Diplokokken und Stäbchen.

R. Wagner (Mülheim a. d. Ruhr).

34) **F. Raymond.** Epilepsie jacksonienne, en rapport avec un gliome vasculaire de la région rolandique; extirpation du néoplasme; supression des attaques.

(Revue internat. de thérapeut. et pharmacol. 1899. No. 1 u. 2.)

In der Überschrift ist das im Wesentlichen Bemerkenswerthe der kasuistischen Mittheilung enthalten. Im Anschluss daran wird 1 Fall mit ähnlichen Erscheinungen beschrieben, in dem bei der Operation eine Neubildung nicht gefunden wurde und in dem dennoch die Konvulsionen nach dem Eingriff bis zu dem an Basilarmeningitis erfolgenden Tode aufhörten. **Borchard** (Posen).

35) **M. Breitung.** Resektom für die Gaumenmandeln.

(Ärztliche Polytechnik 1899. Januar.)

Obiges Instrument ist eine Rachenguillotine einfachster Konstruktion, welche in den Krause'schen Schlingenschnürer einpasst. 1 Abbildung im Original.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

36) **A. Rossi.** Alcune note cliniche sopra un caso die malattia del Riga.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 25.)

Bei einem $1^1/_2$jährigen Kind fand sich eine perlgraue Geschwulst von der Größe eines Centimestücks am Zungenbändchen. Die Schneidezähne waren sehr scharf und einwärts gewandt. Die kleine Geschwulst wurde exstirpirt und ist in Jahresfrist, nachdem auch die Schärfe der Zähne abgestumpft war, nicht zurückgekehrt. Es handelte sich um die von Fede zuerst beschriebenen und nach Riga benannten Geschwülste, die je nach dem Autor als eine entzündliche oder neoplastische aufgefasst wird. **Dreyer** (Köln).

37) **Schäffer.** Ein Fall von Syringomyelie mit Cheiromegalie nach Trauma.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1899. No. 1.)

Bei dem betr. Pat. entwickelte sich im Anschluss an eine Zellgewebsentzündung der rechten Hand, welche Folge einer geringfügigen Holzsplitterverletzung des kleinen Fingers war, im Verlauf von ca. 2 Jahren folgendes Krankheitsbild, dessen einzelne Phasen ärztlich beobachtet worden sind: Neben ausgesprochener Atrophie einzelner Muskeln findet sich eine beträchtliche Zunahme des rechten Arms, die auf athletischer Entwicklung einzelner Muskelgruppen und auf abnormem Knochenwachsthum beruht. Trotzdem ist der Arm kraftlos. Es besteht völlige Gefühllosigkeit gegen Temperaturunterschiede und Schmerz bei normalem Tast- und Drucksinn, ferner Schmerz in Handgelenk und Arm. Elektrisches Verhalten normal. Es liegt also ein Fall von Syringomyelie vor, etwas atypisch in so fern, als neben der gewöhnlichen Muskelatrophie sich auch ausgedehnte Pseudohypertrophie findet. Nach Lage der Sache ist der direkte Zusammenhang mit dem Unfall wohl als sicher anzunehmen.

Teubner (Hannover).

38) **Mercandino.** Sull' osteite vertebrale.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1898. No. 154.)

M. zeigt einen Fall von Wirbelentzündung mit Stimmstörungen, die durch Druck auf den N. pneumo-gastricus der rechten Seite, so wie den Recurrens und Hypoglossus bedingt sind. Es besteht Hemiatrophie der Zunge.

Dreyer (Köln).

39) **Quincke.** Über Spondylitis typhosa.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 2.)

Unter den Knochenerkrankungen bei Typhus ist eine Entzündung der Wirbelsäule eine der seltensten Lokalisationen. Q. beobachtete sie 2mal, das eine Mal 10 Wochen nach der Entfieberung, das andere Mal schon in der ersten fieberfreien Woche. Beide Male erkrankten unter Temperatursteigerung hauptsächlich die Lendenwirbel; es kam zu deutlicher, sehr empfindlicher Schwellung der Weichtheile und zu spinalen Symptomen. Beide endeten in Heilung, ohne dass ein Eingriff nothwendig wurde. Von anderen Spondylitisformen zeichneten sie sich aus durch ungewöhnliche Stärke und Ausdehnung der spontanen örtlichen Schmerzen, durch die äußerlich wahrnehmbare Schwellung der Weichtheile, den akuten fieberhaften Verlauf und das schnelle Zurückgehen der spinalen Symptome.

Haeckel (Stettin).

40) **Köhler.** Fall von Paralysis agitans nach Trauma.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 2.)

Bei einem völlig gesunden, aus ganz gesunder Familie stammenden, in den behaglichsten Verhältnissen lebenden, 61 Jahre alten Rentier entwickelte sich im Anschluss an einen Bruch des Radius dicht oberhalb des Handgelenks das typische Bild der Paralysis agitans. Pat. betont besonders, dass er sich über den Unfall in keiner Weise aufgeregt habe. — Als bemerkenswerth sei hinzugefügt, dass nach dem Darreichen von Hyoscin. hydrobromicum bei dem Pat. sofort ein hochgradiger Schwindel-, Angst- und Aufregungszustand eintrat, der den Verf. im Einklang mit anderen Autoren dringend vor dem Mittel warnen lässt.

Teubner (Hannover).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. Sonnabend, den 10. Juni. 1899.

I. Akuter intraperitonealer Erguss als Symptom innerer Einklemmung (Bruchwasseranalogon).

Von

Prof. Dr. **Carl Bayer** in Prag.

In No. 48/49 (1898) der Prager med. Wochenschrift (Referat d. Centralbl. 1899 No. 16, Jaffé-Hamburg) habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass das plötzliche Auftreten eines akuten Ergusses im Cavum abdominis in zweifelhaften Fällen, wo die Diagnose zwischen Peritonitis oder innerer Einklemmung schwankt, für die letztere Annahme spricht, und führte einen Fall an, in dem ich auf dieses Symptom hin, welches mir früher schon einmal aufgefallen war, die Laparotomie ausführte und die Diagnose »Darmabsperrung« bestätigen konnte (Intussusception). Bei genauerer Durchsicht der Litteratur finde ich

nachträglich, dass auf dieses selbe Symptom Heinrich Braun schon 1891 (»Operative Behandlung der Achsendrehung der Flex. sigmoidea«, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1891 p. 376) aufmerksam gemacht hat, zu dessen Erklärung auch er die Analogie mit Bruchwasser heranzieht.

Braun sagt allerdings vorsichtig, »dass die Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle — —, welche so massenhaft sein kann, dass sie durch die Perkussion nachweisbar ist, nur unter Berücksichtigung aller anderen vorhandenen Symptome und nach dem meist leicht möglichen Ausschluss eines Ascites oder einer Peritonitis die Strangulation eines größeren Darmabschnitts beweist«.

Es war mir eine große Freude, die Richtigkeit der Deutung dieser Beobachtung in den eben wörtlich citirten Sätzen Braun's, dessen Arbeit — ich gestehe es — zur Zeit der Publikation meiner Eingangs erwähnten Mittheilung ich nicht kannte, voll und ganz bestätigt zu finden. Zweierlei vermisse ich aber in der Braun'schen Auffassung der Dignität der genannten Erscheinung, nämlich den Hinweis darauf, dass das erwähnte Symptom nicht bloß bei Ausschluss einer Peritonitis, sondern überdies noch gerade als werthvolles differentialdiagnostisches Symptom zwischen Peritonitis, oder bei schon bestehender Peritonitis zwischen einem peritonitischen Nachschub und Incarceration, für die letztere Annahme direkt entscheidend, anzusehen ist, wie ich dies in meiner oben angeführten Publikation bereits begründet[1], und zweitens die besondere Betonung des Umstands, dass es eben auf die Akuität des Ergusses ankommt.

Dieses selbe Symptom des plötzlich auftretenden Ergusses hat mir seither noch in 2 Fällen verholfen, die richtige Diagnose zu stellen. Der eine Fall ist mitgetheilt im Anhang zum Spitalsbericht der Barmherzigen Brüder vom verflossenen Jahre; den anderen, noch nicht publicirten Fall möchte ich der Wichtigkeit der Sache wegen mir erlauben, hier mitzutheilen.

18 Jahre alter Arbeiter, aufgenommen 1. April l. J. mit Peritonitis; lag schon 1897 mit Perityphlitis in unserem Spital. Jetzt subakuter Verlauf mit mäßigen Erscheinungen, geringer Dämpfung rechts. Allmählicher Rückgang aller Symptome; Pat. ist bereits einige Tage fieberfrei, Dämpfung, Meteorismus, Erbrechen sind

---

[1] Folgende Reflexion führt zur richtigen Deutung: Besteht Peritonitis und steigern sich die peritonitischen Erscheinungen, so wird die Anfangs konstatirte Dämpfung durch die zunehmende peritonitische Darmblähung, welche den bekannten paralytischen Charakter annimmt, verdeckt und eher ab- als zunehmen. Eine rapide Zunahme der Dämpfung hingegen, welche von Stunde zu Stunde steigt und durch die Perkussion deutlich nachweisbar ist, beweist in solchen zweifelhaften Fällen immer, dass Incarceration hinzugetreten ist, und es werden dann bei aufmerksamer Beobachtung auch die übrigen Symptome (partieller akuter Meteorismus, eventuell erhöhte Peristaltik einzelner Abschnitte etc.) nicht fehlen. Ist aber der Fall frisch und schwankt man zwischen Peritonitis oder Einklemmung, so deutet die Massenhaftigkeit und Rapidität des Ergusses die Incarceration an; hier werden die übrigen ausschlaggebenden Symptome um so deutlicher ausgeprägt sein.

geschwunden; es sind bereits Stühle eingetreten und der Kranke vertrug auch schon leichte Nahrung ohne Beschwerden. Am 18. April nach unruhiger Nacht früh neuerliches Erechen, Schmerzen. Die Untersuchung ergiebt frische Dämpfung links, die bis nahe an den Rectusrand hinaufreicht, Oberbauchgegend deutlich wieder meteoristisch gebläht, druckempfindlich bei leichter peristaltischer Unruhe. Diagnose: Dünndarmabschnürung. Sofort Laparotomie: Abfluss reichlicher blutigseröser Flüssigkeit; das große Netz ist in 3 strangartige Zipfel getheilt, deren rechter in der Regio ileocoecalis mit der vorderen Bauchwand und dem Coecum fest narbig verwachsen ist (alte Verwachsung, von der Perityphlitis 1897 herrührend). Trennung zwischen 2 Massenligaturen mit Zurücklassung des tamponähnlich dem Winkel zwischen Ileum und Coecum angewachsenen äußersten Endes. Man übersieht nun besser die Verhältnisse: Das Coecum und Colon ascendens mit harten Skybalis, welche Einschnürungen rosenkranzartig markiren, gefüllt, aber nicht aufgebläht; das letzte Ileum auf ca. 25 cm Länge aufwärts vollständig kollabirt, höher hinauf stark gebläht, und eben hier umgreift der mittlere, etwas schlankere Netzzipfel klauenartig den Darm, diesen vollständig cirkulär abschnürend. Die Adhäsion ist frisch und lässt sich stumpf, wenn auch nicht ganz leicht, lösen. Sofort füllt sich der abführende Ileumantheil mit Darminhalt; die Strangulation ist behoben. Noch höher aufwärts am Dünndarm finden sich endlich mehrere, wiederum alte, schnurförmige Anwachsungen des linken Zipfels, welche scharf getrennt werden müssen. Abtragung des ganzen Netzes bis auf einen schmalen Saum am Colon transversum. Prüfung der Permeabilität des Dünndarms am Übergang zum Coecum; es besteht kein Hindernis trotz der narbigen Verwachsungen; Verschiebung der Skybala im Colon peripherwärts; Schluss der Operation. Tadelloser Verlauf. Der Kranke ist heute vollkommen geheilt und sein Darm funktionirt ohne Störung.

Der Fall ist klar und bedarf keiner Epikrise; er demonstrirt wiederum deutlich die »Bruchwasserbedeutung« des akuten intraabdominalen Ergusses bei schwankender Diagnose zwischen Peritonitis und innerer Einklemmung.

II. Die „Heberpunktion“ bei Operationen in der Bauchhöhle.

Von

Oberarzt Dr. **Carl Lauenstein** in Hamburg.

Seit Jahren bediene ich mich bei Operationen der Bauchhöhle zur Entleerung von cystischen, Flüssigkeit enthaltenden Geschwülsten der »Heberpunktion«, die ich als solche nirgends erwähnt finde[1] und hiermit den Fachgenossen als zweckmäßig empfehle. Dies eben so einfache wie praktische Verfahren, das sich aus einer Kombination der Punktion und der Heberwirkung zusammensetzt, besteht darin, dass man den Gummischlauch, mit dem die Hohlnadel resp. der Trokar armirt ist, mit Flüssigkeit gefüllt in Bereitschaft hält und

---

[1] Siehe unter Anderem das sehr vollständige Werk: F. Gumprecht, Die Technik der speciellen Therapie. Jena, Gustav Fischer, 1898, ferner die neuesten Auflagen der gynäkologischen Lehrbücher von Hegar-Kaltenbach, Fritsch, Schauta, Hofmeier, Fehling etc., so wie die bekannten Handbücher der speciellen Chirurgie und Operationslehre.

die Heberwirkung der Flüssigkeitssäule in dem Moment in Aktion treten lässt, wo man die Nadel in die Cyste eingestochen hat.

Am meisten habe ich die »Heberpunktion«, wie ich den Technicismus nennen möchte, benutzt und bewährt gefunden bei der intraoperativen Punktion der Ovariencysten und der Gallenblase. Ihre Vorzüge bestehen in der Vermeidung des Ausfließens von Cysteninhalt in die Bauchhöhle und allen mit dieser wichtigen Prophylaxe zusammenhängenden Vortheilen. Das Anstechen der Ovariencysten während der Operation mit dem Messer, wie es seit Schröder vielfach von Gynäkologen und Chirurgen adoptirt worden ist, hat mir niemals besonders gefallen. Die Verunreinigung der Bauchhöhle durch Cysteninhalt bildet dabei nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Dass diese aber eine keineswegs wünschenswerthe Beigabe der Operation ist, trotzdem der Ovariencysteninhalt als solcher meistens aseptisch ist, darüber herrscht unter allen Operateuren, mögen sie sich nun Chirurgen oder Gynäkologen nennen, völlige Übereinstimmung. Denn gerade der Umstand, dass bei allen den Operationen, wo, wie bei der Ovariotomie, Geschwülste aus dem Leibe gezogen werden, a tempo ein entsprechendes Quantum Luft in die Bauchhöhle dringt — mit allen in ihr suspendirten Keimen —, muss uns davon abhalten, irgend welche unnöthige Flüssigkeit in die Peritonealhöhle eintreten zu lassen. Ist sie auch aseptisch und an und für sich harmlos, so wird sie doch mit dem Moment des Eintritts von Luftkeimen in die Bauchhöhle zum unliebsamen Nährboden mit allen seinen fatalen Konsequenzen. Eben so wichtig, wenn nicht noch wichtiger als bei der Ovariotomie, ist die Vermeidung des »Einfließens« bei Gallenblasenoperationen. Ganz abgesehen von dem rein eitrigen Inhalt, dessen infektiösen Charakter man schon mit bloßem Auge feststellt, kann die Galle, auch wenn sie normal aussieht, oder wenn sie nur schleimig und selbst wasserhell ist, trotzdem Bacterium coli und Staphylokokken enthalten, wie ich mich durch regelmäßige bakteriologische Untersuchung der in den letzten $1^1/_2$ Jahren operirten Fälle überzeugt habe. Besonders bei den ganz prall gefüllten Gallenblasen, wie man sie gar nicht selten findet, ist es schwierig, ohne die »Heberpunktion« das Einfließen von Inhalt in die Bauchhöhle zu verhindern.

Aber noch in anderen Fällen hat sich mir die »Heberpunktion« oder deren Princip sehr brauchbar und nutzbringend erwiesen. So z. B. bei Magenoperationen an Pat. mit hochgradiger Ektasie, die eine vollkommene Entleerung vor der Operation verhindert hatte, oder bei denen sich unvermuthet noch eine große Menge schwarzer theerartiger Flüssigkeit im Magen fand, deren rasche Beseitigung für den ungestörten Fortgang der Operation dringend wünschenswerth war. Für solche Eventualität halte ich einen Nélaton in Bereitschaft, der mittels Glasrohr mit einem Gummischlauch verbunden ist, der seinerseits mit Kochsalzlösung gefüllt ist. Für Gallenblasenoperationen und Ovariotomien halte ich Hohlnadel resp. Trokars (Köberlé,

Hegar, Spencer-Wells, Collin) in Bereitschaft, armirt mit einem aseptische Flüssigkeit enthaltenden langen Gummischlauch. Derselbe ist zunächst an beiden Enden mit je einem Quetschhahn oder mit Klemmen verschlossen. Soll die Heberpunktion ausgeführt werden, so ersetzt die Pflegerin, die das Instrument herreicht, den Abschluss der Quetschhähne durch den Druck ihrer Finger, mit dem sie unmittelbar nach erfolgter Punktion nachlässt. Natürlich steht neben dem Operationstisch ein Gefäß zur Aufnahme der Flüssigkeit.

---

1) **J. Berg.** Några ord om den kirurgiska anestesiens uppkomst utveckling och nuvarande ståndpunkt.

(Hygiea Bd. LX. Hft. 2.)

In einem Vortrag beim Jahresfest der schwedischen Gesellschaft der Ärzte liefert Verf. eine kurze, aber scharf skizzirte Darstellung der Narkosenfrage. Der Vortrag ist um so interessanter, als er auch Einzelheiten aus der Geschichte der ersten Tage der allgemeinen Narkose bietet und in lebendigen Zügen die berühmten Meister der Mitte des Jahrhunderts den Lesern vergegenwärtigt. Die von Tag zu Tag immer größere Gebiete erobernde Schleich'sche Infiltrationsanästhesie wird zuletzt besprochen. — Die Kombination dieser Methode mit dem je nach dem Bedürfnis des Kranken gewählten allgemeinen Anästheticum scheint künftig der Forderung, möglichst wenig des anästhesirenden Giftes dem Körper zuzuführen, am besten zu entsprechen. — Über eine der alten Anforderungen an den Chirurgen — tuto cito et jucunde zu operiren — war man heut zu Tage fast hinweggekommen; tuto et jucunde konnte man immer, wenn Pat. ruhig in tiefer Narkose lag, auch die schwierigste Operation vornehmen. Wenn man aber auch im Interesse der Pat. das kleinstmögliche Maß von den Anaestheticis brauchen will, dann muss der Operateur auch cito handeln. A. Hansson (Cimbrishamn).

---

2) **O. Wanscher.** Ether versus Kloroform.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. IX. No. 29.)

Für die schon durch die Arbeiten Grossmann's und Vogel's in Deutschland bekannt gewordene und in der Landau'schen Klinik konsequent gebrauchte W.'sche Ätherisirungsmethode (cf. Referate in diesem Blatte 1894 p. 516 und 749) bricht Verf. noch eine Lanze. Seine Methode, obwohl von theoretischem Standpunkt fast eine ideale, und von ihm in seiner Klinik seit dem Jahre 1881 in fast sämmtlichen Fällen, und zwar ohne einen einzigen Todesfall, angewandt, ist von seinen Kollegen in Kopenhagen nicht gebraucht worden. Leider fehlen Zahlenangaben in der Darstellung des Verf. Verf. beschreibt genau die technischen Einzelheiten seiner Methode, welche im Vergleich mit anderen gebräuchlichen Ätherisirungsmethoden den Vortheil bietet, dass die Ätherdämpfe von unten her

in den Respirationswegen aspirirt werden, nicht über die Athmungsöffnungen niederstürzen und sofort eine Erfrierung der Schleimhaut der oberen Respirationswege im Sinne Richardson's herbeiführen. Verf. erwähnt, dass daher seine Methode nicht durch die schwierigen cyanotischen und schleimabsondernden Nebenwirkungen, die besonders im Anfang der Ätherisirung so viel Unruhe von Seiten der weniger gewohnten und geübten Assistenten verursachen, komplicirt sei. — Die noch schwankenden Zahlenangaben über die relative Mortalität nach Chloroform- und nach Äthernarkosen glaubt Verf. dadurch erklären zu können, dass die Chirurgen, besonders die deutschen, specielle Indikationen für die einzelnen Anaesthetica aufstellen, und dabei immer die schwersten Krankheiten dem Äther überlassen. Die Zahlen würden sich anders verhalten, wenn man Serien von nur der einen oder nur der anderen Art hätte.

A. Hansson (Cimbrishamn).

---

3) **R. Hölscher.** Beiträge zur regionären Anästhesie. (Aus der kgl. chirurgischen Klinik zu Kiel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 8.)

Um das Verfahren der regionären Anästhesie auch auf Operationen, die an höher gelegenen Stellen der Extremitäten ausgeführt werden müssen, ausdehnen zu können, ist es nothwendig, nicht nur die Hauptnervenstämme, sondern auch sämmtliche mit den Endverzweigungen derselben Anastomosen eingehenden anderen Nerven durch die Cocainwirkung außer Funktion zu setzen, d. h. den ganzen Querschnitt der Extremität mit einer Cocainlösung zu durchtränken. Da hierzu größere Mengen der letzteren, mindestens 10 ccm erforderlich sind, damit aber die Maximaldosis von 0,05 einer 1%igen Lösung überschritten werden würde, hat H. auch mit schwächeren Koncentrationen, zunächst mit einer $^1/_2$%igen und schließlich auch mit der 0,2% starken Schleich'schen Lösung in Kombination mit 0,2%iger Eucain-B-Lösung Versuche angestellt, die außerordentlich befriedigend ausfielen. Verf. hat mit diesen nach einer Wartezeit von 10—20 bis 30 Minuten völlige Unempfindlichkeit erreicht und dadurch mehrfache größere Eingriffe am Vorderarm, selbst eine Handgelenksresektion, schmerzlos ausführen können. Auch an sich selbst hat H. den Werth dünner Lösungen von Cocain, Eucain-B, Nirvanin zur Erzeugung regionärer Anästhesie studirt und hierbei gefunden, dass hierbei die 0,2%igen Cocainlösungen den anderen Mitteln überlegen sind. Um den Schmerz bei den Einstichen der Hohlnadel zu vermeiden, empfiehlt er in folgender Weise zu verfahren: Anästhesie durch Chloräthylspray, Einstich einer sehr feinen und scharfen Kanüle zur Erzeugung einer Quaddel, Vorschieben der Nadel unter stetem Einspritzen zur Durchtränkung aller Gewebe bis in die Haut hinein an der Streck- und Beugeseite mit Bildung einer neuen Quaddel an der anderen Seite der Fingerbasis, von wo aus dann nach zweitem Einstich in gleicher Weise die Gewebe durchtränkt werden. Da die vorherige

Anlegung des Gummischlauchs nur die Herbeiführung der Blutleere und Verhinderung schneller Resorption der anästhesirenden Lösung bezweckt, ist es, wenigstens an den Fingern, überflüssig, den Schlauch sehr fest anzuziehen; dann werden auch der unangenehme Druck an der Schnürstelle und die Parästhesien, die durch Druck auf die Nervenstämme zu Stande kommen, vermieden. Besser noch als der Schlauch ist die Verwendung eines 1—1½ cm breiten Kautschukbandes über einer Mullunterlage. An den größeren Extremitäten lässt sich nun freilich ohne sehr feste Schnürung der Gummibinde nicht auskommen. Dadurch werden aber, wie H. sich bei seinen eigenen Versuchen überzeugt hat, so große Beschwerden hervorgerufen, dass er Bedenken trägt, die regionäre Anästhesie in weiterem Umfang für größere Extremitäten in Anwendung zu ziehen. Er will sie desshalb auch auf die Fälle beschränken, wo jede Form der Narkose kontraindicirt ist und ferner da, wo die regionäre Anästhesie in 10—15 Minuten zu erreichen ist, d. h. bei kindlichen und bei dünnen Vorderarmen.

Kramer (Glogau).

---

4) **Asam** (Murnau). Erfahrungen über Orthoform.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 8.)

5) **Miodowski** (Forst). Ein weiterer Misserfolg mit Orthoform.

(Ibid. No. 12.)

A. hat in einigen Fällen von Wundbehandlung mit basischem Orthoform (theils als Pulver, theils in 2- oder 10%iger Salbe) nach einer Anwendungszeit von 3—14 Tagen entzündliche Reizerscheinungen und Nekrotisirungen beobachtet.

Auch M. berichtet über einen Fall von handtellergroßer, blauschwarzer Gangrän in der Mitte eines großes Geschwürs.

Kramer (Glogau).

---

6) **L. v. Lesser.** Über Antisepsis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 1.)

v. L. bespricht den Werth der verschiedenen Antiseptica und verwirft die Sublimatverbandstoffe für den Kriegsfall wegen der leichten Zersetzlichkeit des Sublimats. Er hält Pulverantisepsis und antiseptische Tamponade für diejenigen Methoden, welche heute für die erste Hilfe bei Verletzungen im Krieg und Frieden den Anforderungen an einen rationellen Wundverband am meisten entsprechen.

Zum Abwaschen, Desinficiren der Wunden etc. bevorzugt v. L. auch für den Kriegsfall das Sublimat in Pastillenform.

Von den Ersatzmitteln des Jodoforms hat v. L. nur das Airol als wirklich zweckmäßig befunden, zumal bei Bepulverung von primär vernähten Wunden.

In anderer Form als in der des Streupulvers hat v. L. indess das Airol, das er mit dem Kabierske'schen Pulverbläser aufstäubt, nicht angewendet.

Ein besonderer Vorzug schien v. L. die absolute Ungiftigkeit des Airols. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

---

7) **Heddaeus.** Klinische Erfahrungen über 2 Ersatzmittel des Jodoforms: Amyloform und Jodoformogen. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 12.)

H. rühmt auf Grund reichlicher Beobachtungen dem Amyloform besonders seine absolute Reizlosigkeit und die Beförderung der Reinigung eiternder Wunden nach; eine specifische Einwirkung bei tuberkulösen Erkrankungen wurde nicht gesehen, auch Intoxikations- und üble Nebenerscheinungen blieben stets aus. Dagegen war bei dem gleichfalls durch ausgesprochen antiseptische Eigenschaften, durch stark sekretionsbeschränkende Wirkung und Anregung zur Granulationsbildung ausgezeichneten Jodoformogen ein specifischer Einfluss auf tuberkulöse Processe nicht zu verkennen. Bei gleichzeitiger Verwendung mit feuchten Verbänden trat die reinigende und desinficirende Wirkung noch deutlicher, als bei Benutzung des Mittels in trockenem Zustand zu Tage. Vor dem Jodoform hat das Jodoformogen den Vorzug der Geruchlosigkeit und »relativen Ungefährlichkeit«. **Kramer** (Glogau).

---

8) **Langemak.** Zur Frage über die Verwendbarkeit des Thons als antiseptisches und aseptisches Verbandmittel. (Aus dem Diakonissenkrankenhaus zu Kaiserswerth a/Rh.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 4.)

9) **Megele.** Über die Verwendbarkeit des Thons (Bolus) als antiseptisches und aseptisches Verbandmittel. (Aus dem hygienischen Institut in München.)

(Ibid. No. 12.)

10) **H. Fischer.** Gangrän der Weichtheile und des Knochens beider Füße bei einem Paralytiker. Thonbehandlung. Ausgang in Heilung.

(Ibid. No. 12.)

M. hat in dem Münchener hygienischen Institut eine Reihe von Versuchen angestellt, um die von Stumpf (s. d. Centralbl. No. 5 d. Jahrg.) behauptete austrocknende Wirkung des Thons zu prüfen. Dieselben ergaben, dass dieses Mittel in der That in ihm eingebettete thierische Gewebe außerordentlich stark trockne, diese Wirkung sich am intensivsten auf die unmittelbar von dem Thon berührten Schichten der Substanzen geltend mache und dadurch zugleich Fäulnisvorgänge in diesen Schichten wirksam hintangehalten werden. Aus den weiteren Experimenten ließ sich als Grund der bedeutenden Austrocknungskraft einerseits das große Wasseraufnahmevermögen der

Thonerden, das selbst wieder in dem, durch die Feinheit der Korngröße bedingten großen Porenvolum seine Ursache hat, andererseits eine enorme Kraft der Kapillarattraktion feststellen. M. hält in Anbetracht dessen auch für zweifellos, dass der Bolus als Wundverbandmittel, indem er die Wundfläche austrocknet und dadurch den Bakterien zur weiteren Entwicklung den Nährboden raubt, eine anti- und aseptische Wirkung zu äußern im Stande sein werde. Diese Auffassung findet ihre Bestätigung in L.'s Bericht über die mit der Thonbehandlung von Wunden erzielten Resultate. L. rühmt dem Mittel nach, dass es sehr billig, ungiftig, reizlos, stark austrockne und desodorire, verschweigt indess nicht, dass nicht selten die sich am Wundrand bildenden Borken die Epidermisirung von letzterem aus verzögere und sammetartige oder schwammige Granulationen unter der Argillebildung zu Stande kommen. Besonders empfehlenswerth hält L. eine Argillepaste (Argill., Glycerin āā 12,5, Vasel. 25,0) bei Ekzemen, oberflächlichen Ulcerationen etc., während er bei großen Höhlen oder ausgedehnten Wundflächen das auf 150° C. erhitzte feinkörnige Pulver anwendet.

In dem von F. mitgetheilten Falle von rasch fortschreitender arteriosklerotischer Gangrän, in welchem Klaussner die Amputation für zwecklos erklärt hatte, erwies sich der Thon durch seine desodorirende und austrocknende Wirkung von ganz überraschendem Werth, indem die Wunden sich rasch reinigten, bald gut granulirten und zur Vernarbung kamen. **Kramer** (Glogau).

11) **A. Hoffa** (Würzburg). Zur Schmierseifenbehandlung der tuberkulösen Lokalerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 9.)

H. bestätigt auf Grund längerer Beobachtungsdauer eines umfangreichen Materials von chirurgischen Tuberkulosen den Werth der selbstverständlich neben anderen Behandlungsmethoden angewandten Inunktionen von Sapo Kalin. venalis transparens, von welchem wöchentlich 2—3mal Abends 25—40 g mittels Schwamm oder der Flachhand vom Nacken an am Rücken und an den Oberschenkeln eingerieben und nach $1/2$ Stunde abgewaschen werden. Besonders bei multiplen tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen selbst recht heruntergekommener Kinder waren die Erfolge überraschend gute. Das Allgemeinbefinden und der Appetit der Kranken hob sich rasch, Drüsen- und Gelenkschwellungen bildeten sich zurück, und Fisteln schlossen sich schneller, als ohne Schmierseifenbehandlung.

Kramer (Glogau).

12) **L. Kraft.** Den peritoneale Septikämie og dens Behandling.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. IX. No. 27 u. Bd. X. No. 1.)

Verf., der als Assistenzarzt in der Klinik Studsgaard's im Kommunehospital Kopenhagens thätig ist, veröffentlicht, gestützt auf ein Material von 203 Laparotomien verschiedener Art, eine sehr werth-

volle Studie über die peritoneale Septhämie und deren Behandlung. Für die Darstellung des Verf. können 190 Operationen mit 35 Todesfällen verwerthet werden. Überdies hat Verf. die reichhaltige Litteratur über die betreffenden Fragen in verschiedenen Abtheilungen seiner Arbeit kritisch durchmustert. Eine ausführlichere Besprechung der einzelnen Punkte verbietet die Grenzen eines Referats. Es wäre auch eine Wiederholung von Thatsachen, welche den Lesern des Centralblatts schon bekannt sind. — Die Hauptregeln für Laparotomien im Allgemeinen in der genannten Klinik sind aber vom Verf. in ausführlicher Beleuchtung dargestellt und sollen hier etwas ausführlicher erörtert werden.

Die gewöhnlichen Vorbereitungen für Laparotomien finden in folgender Weise statt. Pat. bekommt die gewöhnliche Spitalkost bis zum Tage vor der Operation, indem er nur $^1/_2$ Liter Milch, $^1/_2$ Liter Haferschleim, $^1/_2$ Liter Fleischbrühe mit 2 Eiern und $^1/_3$ Flasche Rothwein erhält. Die 3 letzten Tage vor dem Eingriff erhält Pat. täglich 2—3 g Subnitrat. bismuthic. nebst Laxans oleosum jeden Morgen und Clysma evacuans des Abends. Jeden Tag überdies ein warmes Bad, das letzte Abends vor der Operation. Nach dem letzten Bad wird Pat. ein warmer Umschlag angelegt. Morgens vor der Operation noch ein Clysma evacuans, Tamponade der Scheide nach vorheriger Ausspülung mit Sublimatlösung, Abwaschen des Operationsfeldes mit Seife und Äther und zuletzt Sublimatumschlag. Der Harn wird unmittelbar vor der Operation mit Katheter entleert. Eine halbe Stunde vorher wird $1^1/_2$ cg Morphium subkutan verabreicht. Zu diesen Vorbereitungen kommen, wenn die Operation am Morgen vorzunehmen ist, Magenausspülungen.

Bei der Operation ist die unmittelbare Assistenz bis auf das geringste Maß beschränkt. Der Operateur vollführt, wenn möglich, ganz allein die Operation. Die Desinfektion der Hände geschieht nach Fürbringer. Die sogenannte nasse Aseptik ist, seit der Einführung dieser Sterilisirungsmethode, stets benutzt worden. Ausspülung der Bauchhöhle ist nur in sehr seltenen Ausnahmefällen vorgenommen.

Nach der Operation kommt Pat. in ein 25° warmes Zimmer. Sogleich nach dem Aufwachen aus der Narkose wird Kaffee, Sherry und Kognak verabreicht, um Schweiß hervorzurufen. Gegen den Durst Eispillen und eventuell 20—25 Tropfen von 1 %iger Citronensäurelösung, besonders bei Magenoperationen. Bei Schmerzen oder Unruhe, wie auch bei dem nach dieser Vorbehandlung nur ausnahmsweise vorkommenden Chloroformerbrechen, Morphium subkutan.

Wenn der Verlauf reaktionslos ist, gestaltet sich die Nachbehandlung in folgender Weise. Am 1. Tage: Kaffee, Sherry, Kognak, Eis. Am 2. dasselbe und 220 g Haferschleim, wenn Flatus noch nicht abgehen, Enema Chamomillae. Am 3. 250 g Haferschleim, Kraftbrühe und Stimulantia. Am 4. 250 g Haferschleim, Kraftbrühe und 1 Liter Milch. Am 5. dasselbe und Kakao, 100 g Olivenöl in Clysma Morgens

und Abends. Am 6. dasselbe per os. Klysma aquosum. Am 7. 2 Eier, Fleischbrühe, Zwieback und das Vorige. Am 8. die Fieberkost des Krankenhauses und das Vorige. Nach dem 10. Tage wird die gewöhnliche Nahrung verabreicht.

Ist Sepsis nach der Operation eingetreten oder bestand sie vor dem Eingriff, wird eine allgemein stimulirende Behandlung eingeleitet, bei welcher die protrahirten lauwarmen Bäder in großer Ausdehnung zur Anwendung kommen. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

---

13) **Winkelmann.** Beiträge zur Kasuistik der operativ behandelten subphrenischen Abscesse.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 7.)

W. beobachtete in 2 Jahren 4 Fälle der in Rede stehenden Krankheit. Er hebt die Schwierigkeiten der Diagnose hervor, wobei er betont, dass es ihm nie möglich war, das Litten'sche Zwerchfellphänomen aufzufinden. Oft lässt sich der Eiter erst nach vielen Punktionen endlich auffinden. Die Diagnose gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn man die Litten'sche Linie oberhalb der Punktionsstelle findet und bemerkt, dass der Eiter besser abfließt während der Inspiration als während der Exspiration.

W. betont die Leichtigkeit der Fehldiagnosen auf Grund eigener Erfahrung und die Schwierigkeit, ein für die Mehrzahl der Fälle giltiges Krankheitsbild zu entwerfen. Hohes Fieber, oberflächliche Athmung und lokales Ödem gehören zu den hauptsächlichsten Symptomen.

Nach eingehender Auseinandersetzung des Entstehungsmodus der Abscesse weist W. auf die Wichtigkeit hin, die Diagnose des subphrenischen Abscesses so bald wie möglich zu stellen, auch durch die Probepunktion, dann aber für baldige und gründliche Entleerung des Eiters zu sorgen. W. kam bei der Freilegung mit dem Dorsalschnitt, meist sogar ohne Rippenresektion aus.

Die mitgetheilten 4 Krankengeschichten ergaben, dass meist am Anfang der Krankheit von den behandelnden Ärzten verkehrte Diagnosen gestellt waren. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

---

14) **A. Exner.** Bemerkungen zur Glykosurie bei Cholelithiasis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 11.)

E. vertheidigt sich gegen die Kausch'schen Angriffe auf seine Untersuchungsergebnisse, indem er die Einwürfe Kausch's Betreffs der Ausführung der Proben im Einzelnen zu widerlegen sucht.

In einem Nachtrag tritt Czerny dafür ein, dass der Zuckernachweis immerhin bei Stellung der Diagnose auf Gallensteine einen gewissen Werth zu besitzen scheine, wenn Kausch's Untersuchungen auch die Anwesenheit stark reducirender Substanzen im Urin Gallensteinkranker weit seltener ergaben als die von E.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

15) **Haasler.** Über Choledochotomie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 2.)

Den wesentlichsten Theil der Arbeit des Verf. nehmen anatomische Beschreibungen des Verlaufs des Choledochus, seines Verhältnisses zum Pankreas und vor allen Dingen die Schilderung der Varietäten der Gefäßversorgung jener Gegend ein. Bei der Spärlichkeit, mit der in der einschlägigen Litteratur gerade die Anatomie jener Gegend behandelt wird, sind diese Mittheilungen sehr anerkennenswerth. Hauptsächlich dürften sie Werth haben für die verhältnismäßig selteneren Incisionen auf die alleräußerste Endpartie des Ductus choledochus.

Diesen anatomischen Betrachtungen folgen im Auszug 18 Krankengeschichten, die im Ganzen sonst Bekanntem entsprechen. Mit Recht empfiehlt H. den längs des Rippenrandes verlaufenden Querschnitt als den besten zur Orientirung über das oft komplicirte Operationsfeld.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

16) **Langenbuch.** Über die Technik der Choledochotomie. (Aus dem Lazaruskrankenhaus in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 45.)

L. weist auf die Schwierigkeit der Freilegung des Ductus choledochus hin, die auf seine tiefe Lage im Leib in der Nähe großer Blutgefäße und von Hohlorganen zurückzuführen ist.

Die beiden Leitwege, welche zum Choledochus führen, werden einestheils aus der Gallenblase, dem Cysticus und Choledochus, anderentheils aus dem Pylorustheil des Magens und dessen Duodenalfortsetzung gebildet.

Wird der hepatische Weg beschritten, so wird das vordere Blatt des Ligamentum hepatico-duodenale durch eine lange Spaltung vom Hals der Gallenblase bis zum Colon transversum eröffnet. Der Choledochus ist in dem schlüpfrigen ihn umgebenden Bindegewebe durchaus nicht immer leicht aufzufinden. Am besten wird zuerst der Cysticus, dessen Mesoplatten stumpf durchbohrt werden, mit einer Schlinge angezogen; dann gelingt es auch, den hervortretenden Choledochus auf ein stumpfes Häkchen zu laden.

Bei Verwachsungen und Obliteration des Foramen Winslowii ist der pylorische Weg der allein gangbare.

Wenn durch Zug am Pylorustheil des Magens der obere horizontale Duodenaltheil aus seinen peritonealen Verbindungen gelöst ist, kann zumal durch den an der Hinterseite stumpf präparirenden Finger die Pars descendens duodeni immer mehr ans Tageslicht gebracht werden. Nach entsprechender Präparation und Umklappung des Duodenums und des Pankreas nach vorn liegt dann der Ductus choledochus frei.

Sitzt der Stein im interstitiellen Choledochustheil, so ist das Duodenum an der Vorderseite zu eröffnen, der Stein herauszudrücken und der Darm dann wieder zu schließen.

Kann man den Stein im Choledochus fixiren, so ist er durch einen genügend großen Schnitt zu entfernen, anderenfalls, wenn er in den Hepaticus geschlüpft, nach verlängerter Incision mit einem Löffelchen herauszuholen.

Nach der Extraktion kann man die Ductuswunde durch einige Nähte verkleinern; doch thut man wohl, die Wunde größtentheils offen zu lassen und ein entsprechend dickes Drainrohr in den Hepaticus einzuführen, ringsum mit tamponirender Jodoformgaze zu umstopfen und aus der im Übrigen vernähten Bauchwunde heraus zu führen; nach 4 Tagen ist er dann zu entfernen.

Ist der Stein nicht gefunden worden, so ist ein Drainrohr nur bis auf die Choledochuswunde zu führen, nicht in den Ductus hinein, und mit Jodoformgaze zu umpacken, damit der Stein sich eventuell noch entleert.

Im Anschluss an diese Beschreibung seiner Technik giebt L. die Krankengeschichten dreier von ihm mit Glück vorgenommener Choledochotomien.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

17) **N. Longo.** Chirurgia del cuore. Un nuovo mezzo per ottenere l'emostasi temporanea nelle ferite dei ventricoli.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 22.)

Die Herznaht ist bisher in 4 Fällen mit Erfolg ausgeführt worden. Um sie sicherer zu gestalten, hat Verf. die Experimente von Elsberg an 5 Kaninchen wiederholt. Die gleichzeitige Ligatur der Ventrikel wurde von den Thieren gut vertragen. Nachdem der Faden geschnürt ist, beginnen sofort heftige und häufige, aber unregelmäßige Kontraktionen der Ventrikel. Allmählich werden dieselben regelmäßig und die Systole ist nur etwas abgeschwächt. Unter dem Faden kann man nun Wunden in jeder Richtung und von jeder Größe anlegen, ohne dass das Thier Blut verliert. Dieselben Versuche an 6 Hunden wiederholt blieben aber ganz erfolglos. Das viel konischere Herz dieser Thiere, das eine viel mehr ausgesprochene Spitze besitzt, erlaubt nicht, mit der erforderlichen Schnelligkeit vorzugehen. Diese letzteren Verhältnisse treffen auch für den Menschen zu. Desshalb hat Verf. ein anderes Nahtverfahren des Herzens versucht. Bei 4 Hunden und 5 Kaninchen legte er Wunden der Ventrikel und der Herzspitze an. Dieselben wurden vernäht, nachdem oberhalb und unterhalb der Wunde gezähnte Pincetten angehängt waren, die die Wundränder vorläufig an einander hielten. 2 Hunde und 1 Kaninchen starben an Sepsis. Die übrigen Thiere wurden am 2. oder 3. Tage getödtet, und man fand normale Narbenbildung am Herzen. Verf. empfiehlt das Pincettenverfahren auch für den Menschen.

Dreyer (Köln).

---

18) **C. A. Ljunggren.** Om den kirurgiska behandlingen af varig hjärtsåcksinflammation.

(Nord. med. Ark. N. F. Bd. IX. No. 28.)

Verf. veröffentlicht einen Fall von eitriger Perikarditis, den er durch Incision und Drainage des Herzbeutels geheilt hat. In einer sehr lesenswerthen Darstellung behandelt er danach in besonderen Abschnitten die Resultate der bisher gemachten Operationen, die verschiedenen Methoden den Herzbeutel zu eröffnen, die nach der Operation auszuführenden Maßnahmen und die Nachbehandlung. Es geht aus dieser Darstellung hervor, dass die Punktion mit Drainage des Herzbeutels eine wenig zuverlässige, selbst gefahrvolle Methode ist, dagegen die Incision mit Drainage nicht nur die meisten Heilungen gegeben hat, sondern auch aus pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten rationeller ist. Den von Roberts (in Americ. journ. of med. sc. im Jahre 1897) veröffentlichten 35 Fällen hat L. noch einige aus der Litteratur der letzten Jahre hinzugefügt, so dass seine Kasuistik 41 Fälle umfasst. Von diesen sind 16 geheilt und 25 gestorben. Unter den 16 geheilten war in 8 Fällen die Perikarditis mit anderen Krankheiten komplicirt. Bei wenigstens 7 von den 25 Gestorbenen muss man die Todesursache in der Technik oder in dem für die Operation gewählten Zeitpunkt suchen. Auf klinische Berichte wie auf pathologisch-anatomische Forschungen gestützt stellt Verf. folgende Forderungen für eine Perikarditisoperation auf.

1) Die Eröffnung des Herzbeutels muss so weit sein, dass sie eine Orientirung über die Verhältnisse im Herzbeutel gestattet, dass sie die Drainage mit 2 groben Röhren nicht behindert, und dass man durch die gemachte Öffnung Fibrinmassen aus dem Herzbeutel leicht herausbefördern kann.

2) Die Öffnung muss eine solche Lage haben, dass sie den besten Ausfluss für den Eiter gewährt und auch den hinteren Theil des Herzbeutels zu drainiren gestattet, ohne die Herzbewegungen zu hindern.

3) Die Incision muss so gelegt werden, dass sie, wenn der Herzbeutel sich zurückgezogen hat, nicht außerhalb der normalen Grenzen zu liegen kommt.

4) Bei der Incision der Brustwand muss die Pleurahöhle gegen Infektion von eitrigem Herzbeutelinhalt geschützt werden.

5) Die Incision ist innerhalb des absoluten Dämpfungsgebiets zu verlegen, so dass die Lunge nicht verletzt wird.

6) Die Vasa mammaria müssen, in so fern sie bei der Incision im Herzbeutel nicht zu vermeiden sind, (vorher) unterbunden werden.

7) Jede Schädigung des Herzens muss beim Eröffnen des Perikards sorgfältig vermieden werden.

8) Die Ausführung der Operation muss so wenig komplicirt als möglich gemacht werden; besonders bei hochgradigem Kräfteverlust des Pat.; denn die allgemeine Narkose ist zu vermeiden.

Wenn ein passendes Stück von der 5. Rippe in der linken Mammillarlinie resecirt wird, werden diese Forderungen wohl am leichtesten erfüllt. Zuweilen wird auch die Resektion des sternalen Endes des 6. Rippenknorpels von großem Werth sein. Stumpfe Ablösung der Pleurablätter, eventuell mit vorheriger Naht an den Seiten, schützt am besten die Pleurahöhle vor dem Eindringen des Eiters.

Besondere Aufmerksamkeit ist der Nachbehandlung zu widmen, damit einerseits eine vollständige Entfernung des Eiters stattfinde und anderseits die definitive Heilung nicht durch langdauernde Fistelbildung verzögert werde.

Mit Roberts stimmt Verf. überein in Bezug auf die Indikation zur Operation. Dieselbe muss, unabhängig von der Ätiologie der Eiterung, sobald die Diagnose gestellt ist, sofort vorgenommen werden.

A. Hansson (Cimbrishamn).

---

19) **Assaky** (Bukarest). Über breite Amputation mit nachfolgender Autoplastik bei Brustkrebs.

(Münchner med. Wochenschrift 1899. No. 10.)

Nach breiter Amputation der Brustdrüse und Ausräumung der Achselhöhle in der heut zu Tage als nothwendig erkannten Methodik, deckt A. den nach Naht des axillaren Theils der Wunde zurückbleibenden Defekt durch Verlagerung der gesunden Brustdrüse in der Weise, dass vom oberen und unteren Pol der restirenden abgerundeten Wundfläche aus 2 parallele Horizontalschnitte gegen die Achsel der anderen Seite geführt und nach Anlegung zweier kurzer vertikaler Einschnitte in die Mamma gegen ihre Mitte der letzteren enthaltende viereckige Lappen mobilisirt und in den Defekt eingenäht wird. Das Verfahren entspricht dem von Legueu auf dem letzten französischen Chirurgenkongress empfohlenen — s. d. Bl. 1899 p. 457 — (Ref.).

Kramer (Glogau).

---

20) **Halsted.** A clinical and histological study of certain adenocarcinomata of the breast.

(Annals of surgery 1897. November.)

Der auch in Deutschland durch seine Arbeiten auf dem Gebiet der Chirurgie der Brustdrüsengeschwulst wohl bekannte Autor beschreibt als Adenocarcinom der Brust eine Geschwulstform, die, klinisch unter dem Bilde verschieden großer aber durch ihre Neigung zur Stielbildung von den echten Carcinomen verschiedenen Geschwülste auftretend, sich mikroskopisch dadurch charakterisirt, dass die deutlich epithelialen Elemente, welche die Hauptmasse der Geschwulst bilden, in dem bindegewebigen Geschwulststroma zwar stellenweise atypische Wucherungen gleich wirklichen Carcinomen bilden, gewöhnlich aber in Form eigenthümlicher Schläuche und Stränge angeordnet sind, bezw. einen rein drüsigen Typus nachahmen, wie ihn die Adenome zeigen. In Bezug auf ihre Bösartigkeit stehen sie den Carcinomen gleich und sind wie diese zu behandeln. Unter 150 von

ihm operirten bösartigen Brustgeschwülsten fanden sich 5 derartige Formen. Im Anschluss daran bespricht Verf. seine Methode der Brustamputation, die mit der minutiösesten Säuberung der Achselhöhle, der Supra- und Infraclaviculargrube verbunden ist. Sorgfältigste Blutstillung bei der Operation ermöglichst selbst ein stundenlanges Arbeiten. Die Supraclaviculargrube wird von einem eigenen Schnitt her eröffnet, eine Resektion des Schlüsselbeins ist nicht erforderlich. Dieser Akt der Operation ist aber als typischer Bestandtheil der Methode anzusehen. Von 76 Pat., die 3 Jahre und länger operirt sind, leben 31 ohne lokales Recidiv und Metastasen (41%) und 40 lebten länger als 3 Jahre ohne lokales oder regionäres Recidiv.

Tietze (Breslau).

---

21) **J. Rotter.** Zur Topographie des Mammacarcinoms.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 2.)

Durch die bekannten Untersuchungen von Heidenhain über den Verlauf der Lymphbahnen auf der Rückseite der Brustdrüse ist man zu einer Verbesserung der Resultate der Brustamputationen bei Krebs gelangt, indem man nach dessen Vorschlag eine Schicht vom Musculus pectoralis major mit hinwegnahm. R. hat dagegen von vorn herein, obschon dies nach Heidenhain nicht nöthig gewesen wäre, die ganze Dicke dieses Muskels entfernt.

Heidenhain behauptet nämlich, dass das Lymphbahnsystem der Fascia pectoralis gegen das des zugehörigen Muskels ganz abgeschlossen sei. Der letztere werde erst in ganz späten Stadien inficirt, meist durch kontinuirliches Wachsthum in denselben hinein. R. erklärt nun, dass die Ansichten Heidenhain's nur Betreffs der Pectoralfascie richtig seien, aber bezüglich des Musculus pectoralis ausschließlich auf theoretischem Raisonnement beruhten. Zu dieser Ansicht kam er durch seine eigenen Untersuchungen, welche an einer großen Reihe von Präparaten gemacht worden sind. Er verfuhr dabei anders als Heidenhain, der Serienschnitte angefertigt hatte, während R. präparatorisch vorging.

Die Grundlage der pathologischen Vorgänge bietet auch hier eine genaue Erforschung der normalen anatomischen Verhältnisse. So ging der Verf. dem Verlauf der Blutgefäße nach, die sich aus der Art. mammaria interna und der Art. thoracica suprema in die Brustdrüse und den Muskel verzweigen. Auch die Art. thoracica long. ist mit an der Blutversorgung des Pectoralmuskels betheiligt, wenigstens in dessen unterer Partie. Alle diese Gefäße ließen sich nun in ihren Endverzweigungen bis in das Mammaparenchym und dessen umgebendes Fettgewebe verfolgen. Diese Arterien werden natürlich von Lymphgefäßen begleitet. In einem Drittel der Fälle findet man nun nach R. auf der Rückseite der Brustdrüse und im Musc. pectoralis major bestimmt Krebskeime, wahrscheinlich aber noch häufiger die Wege, auf denen diese Infektion stattfindet; sie sind

genauer geschildert an dem Verlauf der den Gefäßen folgenden Drüschen.

Da alle diese Untersuchungen an frischeren Fällen angestellt wurden, so folgt daraus, dass diese retropectoralen Drüsen schon frühzeitig ergriffen werden können, nicht, wie Heidenhain sagt, durch Hineinwachsen der Neubildung in den Muskel, sondern auf dem Wege der Lymphbahnen durch das retromammäre Fett hindurch. Da dies in einem Drittel der Fälle sich ereignet, so ist es damit gerechtfertigt, den Musc. pectoralis major in jedem Falle von Mammacarcinom zu exstirpiren. Es genügt, die Portio sternalis zu entfernen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Kleinere Mittheilungen.

22) **W. Körte.** Erfahrungen über die Operation der Leberechinokokken mittels einzeitiger Einnähung, so wie über Komplikationen in dem Heilungsverlauf.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2.)

Die Ausführungen des Verf. stützen sich auf 16 von ihm operirte Fälle von Leberechinokokken. 8 derselben waren vereitert, 4mal waren mehrere Säcke vorhanden, 1mal wurde Abgang von Blasen durch den Darmkanal, 8mal Ikterus beobachtet. Die Diagnose ist leicht zu stellen, wenn sich der Echinococcus nach vorn und unten entwickelt hat, und somit der Betastung zugänglich ist, schwierig dagegen bei Lokalisation in dem oberen und hinteren Theil der Leber; in letzterem Falle ist eine Probepunktion nicht zu umgehen, in ersterem kann von ihr Abstand genommen werden, und das um so mehr, als sie selbst bei Verwendung feiner Hohlnadeln und Aspiration größerer Flüssigkeitsmengen nicht gefahrlos ist. Die Operation ist stets einzeitig vorgenommen worden und bestand in ausgiebiger Incision des Sackes nach vorheriger Vernähung der beiden peritonealen resp. bei subphrenischem Sitze der pleuralen Flächen. War die Cyste noch von einer mehr als 1 cm dicken Leberschicht bedeckt, so wurde letztere mit dem Thermokauter durchtrennt, bei sehr dünner Cystenwand empfahl es sich, unter geeigneten Vorsichtsmaßregeln zuerst die Cyste zu eröffnen, um die Wände zu entspannen, und dann erst die Vernähung mit dem parietalen Bauchfell vorzunehmen. Eine Verkleinerung des Cystensackes durch Resektion eines Theiles der Wand war nur in einem Falle ausführbar, hatte hier aber eine erhebliche Abkürzung der Heilungsdauer zur Folge. Nach Eröffnung des Sackes wurden lose Blasen und Membranstücke mittels Ausspülungen entfernt, dann 2 dicke Drains eingelegt; auch zur Nachbehandlung sind Ausspülungen mit indifferenten Flüssigkeiten angewendet worden.

3 der 16 operirten Pat. starben; in den übrigen Fällen war der Wundverlauf ein außerordentlich langwieriger, 2mal außerdem sind Komplikationen durch kapilläre Nachblutungen, 4mal durch profusen, lang andauernden Gallenausfluss (totale Gallenfistel) eingetreten. Der Entstehung der totalen Gallenfisteln lässt sich nur in so fern vorbeugen, als man vermeidet, bei der Entfernung des Blaseninhalts die bindegewebige Hülle zu verletzen; die Behandlung ist so lange hinauszuschieben, bis eine Verkleinerung des Cystensacks eingetreten ist und hat dann in Gazetamponade, so wie Injektion von Mitteln, welche die Granulationsbildung anregen, zu bestehen.

Von operativen Verfahren ist das rationellste eine Anastomosenbildung zwischen dem Fistelgang und den normalen Gallenwegen, wie sie Verf. in 1 Falle mit Erfolg ausgeführt hat.

Honsell (Tübingen).

23) M. Cohn (Bukarest). Ein neuer Fall von Echinococcuscyste der Leber nach dem Thornton'schen Verfahren behandelt.

(Revista de chirurgie [Bukarest] Vol. III. No. 1 u. 2.)

Anknüpfend an eine von Prof. Thomas Jonnesco im vergangenen Jahre in derselben Zeitschrift veröffentlichte größere Arbeit über die neuen Verfahren in der Behandlung der Echinococcuscysten des Unterleibes, namentlich der Leber, erwähnt C. die neuere Arbeit A. Bobroff's, der jetzt weder Jodoform-Glycerin, noch Kochsalz in die entleerte Cyste thut. Dasselbe geschah in diesem von Prof. Jonnesco operirten Falle. **Hârsu** (Bukarest).

24) Treves. A case of jaundice of sixteen years standing treated by operation.

(Practitioner 1899. Januar.)

T. hatte Gelegenheit, ein 19jähriges Mädchen zu operiren, das seit 16 Jahren hochgradig ikterisch war. Im Alter von 3 Jahren trat ohne nachweisbare Ursache die Gelbsucht auf und blieb seitdem unverändert bestehen. Die Stühle waren stets völlig acholisch, der Urin hochgradig ikterisch. Das Gesicht war geschwollen, ausdruckslos, an Myxödem erinnernd. Intelligenz sehr mangelhaft. Es bestand Dyspepsie, Verstopfung, gelegentliches Erbrechen und Fieberanfälle bis zu 40°.

Bei der ausgeführten Probelaparotomie fand sich, dass der Ductus choledochus blind in ein fibröses Knötchen endete und ohne jede Vereinigung mit dem Darm war. Auch am Duodenum konnte keine Andeutung einer Vereinigung gefunden werden. Die übrigen Gallengänge, so wie die Gallenblase waren ausgedehnt und mit schwach gallig gefärbtem Schleim gefüllt. — Nach Ausführung der Cholecystenterostomie gingen alle Erscheinungen ganz allmählich zurück, nur der Urin blieb stark ikterisch. **Strauch** (Braunschweig).

25) Delagénière (Le Mans). Calcul du canal hépatique. Tentative vaine de lithectomie de l'hépatique par voie cholécystique. Hepaticolithotripsie, suivie de guérison.

(Arch. prov. de chir. 1898. No. 10.)

D. operirte eine 40jährige Frau zunächst wegen eines Nabelbruchs, schloss die Cholecystotomie daran und entfernte ca. 50 Steine. Da die Koliken indess bald wiederkehrten, musste ein zweites Mal in Narkose nach Konkrementen gesucht werden. Der im Ductus hepaticus festsitzende Stein wurde nun dadurch für die Zertrümmerung erreichbar, dass D. mit dem durch das Foramen Winslowii eingeführten Finger denselben nach vorn massirte. Den Ductus cysticus erweiterte er durch eine vorsichtige Incision, um das zertrümmernde Instrument, eine Lister'sche Zange, einführen zu können. Die Verzweigungen des Ductus hepaticus werde man nur unter Durchbohrung der Leber sich hinreichend zugänglich machen können; das Ende desselben sei auch von dem Innern der Gallenwege aus erreichbar. **P. Stolper** (Breslau).

26) W. W. Potejenko. Multipler Leberabscess nach Infektion mit Amöben.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. März. [Russisch.])

P. behandelte seinen Pat. beim Bahnbau in Ostchina. Derselbe erkrankte am 8. Juli an Dysenterie. Nach 1 Monat Symptome eines Leberabscesses. 14. August wurde der Abscess im rechten Leberlappen eröffnet; er war mit der Bauchwand verwachsen; am 24. August Eröffnung eines 2. Abscesses in der Mittellinie. Tod nach 4 Tagen. Es fanden sich noch 7 uneröffnete Abscesse, der größte lag unter dem Zwerchfell. Im Eiter wurden zahlreiche Amöben konstatirt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).



27) **Keen** (Philadelphia). **Removal of an angioma of the liver by elastic constriction external to the abdominal cavity, with a table of 59 cases of operation for hepatic tumors.**

(Pensylvan. med. journ. 1897. Oktober.)

Im Titel ist schon das Wesentliche des Inhalts gegeben. Es handelte sich um eine 53jährige Frau. Die Geschwulst saß am unteren Leberrand, links von der Incisur für das Lig. rotund., hatte einen Querdurchmesser von 7,5 cm und erstreckte sich ca. 6,5 cm nach hinten in die Leber hinein. Sie wurde mittels zweier Schnitte mit Platina caudens isolirt und, die Basis mit 2 Drains umlegt, vor die Bauchwunde gelagert. Die Heilung war nach 52 Tagen vollendet. Die Veröffentlichung ist kaum 1 Monat später erfolgt, so dass über die Dauer der Heilung etc. nichts ausgesagt werden kann.

Eine Tabelle über 59 Fälle von Resektion der Leber wegen Geschwülsten, die Verf. zusammengestellt hat, und die den Schluss der Publikation bildet, giebt ihm Gelegenheit zu einer Reihe von allgemeinen Bemerkungen.

H. Lindner (Berlin).

28) **D. Pomara.** Un caso di epatorrafia.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 46.)

Der 14jährige Knabe kam eine Viertelstunde nach der Verletzung mit einem spitzen Messer in Behandlung. Die Wunde wurde in der Linea alba in der Länge von 10 cm erweitert. Die Blutgerinnsel zwischen Netz und Darmschlingen wurden entfernt. Die Wunde ging tief in das Lebergewebe und war wie die Bauchwunde $1^1/_2$ cm lang. Die übrigen Organe waren unverletzt. Die Bauchhöhle wurde mit steriler Gaze gereinigt, die Leberwunde mit 2 Katgutfäden vereinigt, eben so die Kapsel und das Bauchfell. Die Haut-Muskellappen wurden mit Seide vernäht. Die Operation dauerte 40 Minuten. Die Temperatur überstieg die Norm nur am Abend des 4. Tages (38,7°). Am 7. Tage wurden die Fäden entfernt, und am 11. Tage kehrte Pat. geheilt nach Hause zurück.

Verf. legt Werth auf die frühzeitige Naht, welche nicht zu stark angezogen werden soll und dem Wundrand nicht zu nahe liegen darf. **Dreyer** (Köln).

29) **Morian** (Essen). Ein Fall von Pankreasnekrose.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 11.)

Der Fall betraf eine an Cholelithiasis leidende, gut genährte, 44jährige Frau, welche plötzlich unter chokartigen Zeichen, Oppressionsgefühl, Erbrechen und heftigen Schmerzen im Leibe erkrankte. Nach mehreren Tagen ließ sich eine faustgroße Geschwulst rechts vom Nabel fühlen, die sich nach Eröffnung des Leibes als ein Konvolut von verklebten Darmschlingen und Netz erwies; auf letzterem waren mehrere linsengroße und kleinere gelbe Knötchen sichtbar, die den Verdacht auf Tuberkulose erweckten. Außerdem fand sich die Gallenblase mit vielen kleinen Steinen gefüllt; sie wurde eingenäht, entleert und drainirt. Nach der Operation ließen die Schmerzen zwar nach, es bestand indess der schwere Allgemeinzustand unter gleichzeitigem hohen Fieber und sehr erhöhter Pulsfrequenz fort; aus der Gallenblasenfistel entleerten sich noch zahlreiche Steinchen. In den folgenden Tagen trat ein Eiterherd am rechten Ellbogen, ferner Anschwellungen am Schwertfortsatz und den Unterschenkeln auf, und entleerte sich plötzlich aus der Fistel eine Masse kaffeesatzähnlicher Blutgerinnsel und Mageninhalt. Tod. Die Sektion ergab hämorrhagische Gangrän des Pankreas, ein großes Loch an der hinteren Magen- und Gallenblasenwand; die Öffnungen mündeten in eine große Abscesshöhle, der Bursa omentalis entsprechend. **Kramer** (Glogau).

30) **H. B. Robinson.** Suppurative pericarditis treated by cartilage resection, incision and drainage: bronchopneumonia — death.

(Brit. med journ. 1898. November 26.)

R. hat bei einem 4jährigen Kind wegen eitrigen Exsudats im Herzbeutel nach Resektion des 5. Rippenknorpels am linken Sternalansatz das Perikard eröffnet,

10 Unzen (283 g) eitrig-seröser Flüssigkeit entleert und den Herzbeutel durch einen Gazestreifen drainirt. Das Kind starb am 2. Tage nach der Operation unter den Erscheinungen einer Meningitis. Sektion wurde nicht gestattet. Die bakteriologische Untersuchung des Exsudats ergab den Friedländer'schen Pneumococcus in Reinkultur. **F. Krumm** (Karlsruhe).

31) **A. Tietze.** Beiträge zur Behandlung der Thoraxempyeme. (Aus dem Fraenkel'schen Hospital in Breslau.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 51.)

Der 1. der mitgetheilten Fälle betraf eine Resektion fast der gesammten linken Seite des knöchernen Brustkorbes mit nachträglicher Überhäutung der Pleura durch Thiersch'sche Transplantationen.

Der Fall, der eine sehr lange Behandlung und die verschiedensten Operationen erforderte, hatte den Erfolg, dass der ursprünglich sehr elende und abgemagerte Pat. schließlich in einem Zustand das Hospital verließ, dass seine Empyemhöhle als ausgeheilt gelten konnte und er selbst bis zu einem gewissen Grade seinen früheren Geschäften nachzugehen vermochte.

Im Anschluss an seine Mittheilung bricht T. eine Lanze für die Schede-sche Thorakoplastik in einer Sitzung gegenüber der von ihm angewandten Methode, welche er nur auf die desolatesten Fälle beschränkt wissen will.

Bei der immerhin sehr bedeutenden Verstümmelung des Thorax, wenn nach Schede operirt wird, hält T. das Suchen nach Ersatzmethoden für gerechtfertigt und besonders die Perthes'sche Methode für geeignet, in einzelnen Fällen die Thorakoplastik zu ersetzen.

In einem 2. Falle machte T. einen dem Schede'schen analogen Schnitt um das Schulterblatt, der bis auf die Rippen vordrang; von dem Schnitt aus wurden aus der 2.—6. Rippe je 2 2—4 cm lange Stücke (vorn und hinten) entfernt, nur von den beiden untersten Rippen, der 7. und 8., wurde ein 8 cm langes Stück im Ganzen fortgenommen.

Der Blutverlust war sehr gering, der Erfolg der Operation bei geeigneter Nachbehandlung der, dass nach 9 Wochen sich die ursprünglich recht große Empyemhöhle auf einen 8 cm langen und federkieldicken Kanal zusammenzog, dessen Wunde die ursprünglich frei bewegliche Sonde überall berührte.

Weiter berichtet T. über die erfolgreiche Behandlung zweier tuberkulöser Pleuraempyeme mit wiederholten Punktionen und Injektionen von Jodoform-Glycerin.

Durch die methodisch geübten Jodoform-Glycerininjektionen wurde erreicht, dass bei dem einen Pat. eine mit dünnem Eiter gefüllte Empyemhöhle unter Bildung einer dicken Schwarte anscheinend zur Ausheilung kam, während bei dem 2. zur Zeit der Entlassung allerdings noch Flüssigkeit in der Pleura nachweisbar war, sich aber auch gleichzeitig eine sehr dicke Pleuraschwarte gebildet hatte.

Während der Behandlung nahm der ursprünglich zellreiche Eiter einen klaren gelblichen Farbenton und eine eigenthümlich schleimige, fast fadenziehende Beschaffenheit an, ähnlich wie dies der Fall ist, wenn tuberkulöse Abscesse mit Jodoform-Glycerin behandelt wurden.

Zur Injektion nach der Punktion wurden je 10—25 ccm einer 10%igen Emulsion verwandt und dazu eine möglichst tiefe Stelle gewählt. 150—200 ccm Jodoform-Glycerin wurden im Ganzen jedes Mal verwandt.

Da die Rippen bei zunehmender Schrumpfung zusammenrücken, muss man sich ev. bei den späteren Injektionen längerer Nadeln bedienen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).



32) Malbot (Constantine). **Chirurgie du poumon dans les cavernes tuberculeuses, les pneumonies grises, les gangrènes et les kystes hydatiques, avec quatre observations personelles.**

(Arch. prov. de chir. 1898. No. 12. 1899. No. 1 u. 2.)

Die in der umfangreichen Arbeit sehr ausführlich wiedergegebenen 4 Krankengeschichten müssen als sehr beachtenswerthe Beiträge zur Lungenchirurgie angesehen werden. Im 1. Falle handelt es sich um einen auch mit Malaria behafteten 29jährigen Mann, der die Zeichen der Tuberkulose auf beiden Lungen darbot. Eine im linken Oberlappen oberflächlich sitzende Kaverne, aus der sich im Auswurf brandige Fetzen entleerten, führte zu einer Entzündung der anliegenden Brusthaut. Desshalb wird hier, im 1. Interkostalraum, breit incidirt und die Kaverne drainirt. Innerhalb dreier Monate heilte die Wunde völlig aus und das Allgemeinbefinden des Kranken hob sich wesentlich.

Bei einem 33 Jahre alten, an Malaria leidenden Absynthtrinker, der eine schwere krupöse Pneumonie des rechten Unterlappens durchgemacht hatte, entstand während der Rekonvalescenz eine Leberschwellung, die man, als Pat. bald darauf schokoladenartige, eitrige Massen erbrach, auf einen Leberabscess bezog. 10 Tage später trat Lungengangrän und ein schwerer Allgemeinzustand ein. Der Lungenherd ließ sich nicht sicher bestimmen, doch konnte man den Sitz desselben in der Nähe der Leber vermuthen. M. drang durch das indurirte Gewebe des Unterlappens zuerst mit dem Skalpell, dann mit einer Kornzange in die Tiefe. Es erfolgte dabei eine starke Blutung, die indess auf Tamponade stand. Unter Anfangs täglicher, später 2tägiger antiseptischer Ausspülung des Brandherdes stießen sich große Stücke nekrotischen Lungen- und Lebergewebes ab, bis am Ende des 2. Monats vollständige Heilung erzielt war.

In einem 3. Falle wurde Heilung eines ebenfalls mit Malaria behafteten Gewohnheitstrinkers von einem seit 12 Jahren bestehenden Brandherd im linken Unterlappen durch Incision und antiseptische Drainage der Lunge innerhalb 6 Wochen erzielt. Gleichzeitig verschwand ein eben so lange bestehendes Ekzem. Hier stieß sich langsam ein faustgroßes Stück brandigen Lungengewebes ab. Als man diesem Process durch Traktionen einmal nachhelfen wollte, erfolgte eine Embolie, die sich in einer rasch vorübergehenden Synkope und später in einer nur einen halben Tag währenden rechtsseitigen Hemiplegie mit Aphasie äußerte.

Im 4. Falle hatte man bei einem 10jährigen Mädchen eine Pleuritis exsudativa diagnosticirt und fand bei der Thorakotomie einen vereiterten Echinococcus, dessen Cystenwand sich am 4. Tage entfernen ließ. Eine Incision im 5. Interkostalraum hatte ausgereicht; die Heilung der großen Höhle erfolgte innerhalb von 4 Monaten, indess, wie eine Untersuchung nach 3 Jahren lehrte, nicht ohne starke Skoliose.

P. Stolper (Breslau).

33) Kopfstein (Jungbunzlau). **Kasuistische Beiträge zur Lungenchirurgie.**

(Wiener klin. Rundschau 1898. No. 44.)

Es handelt sich um 2 Fälle von Lungenzerreißung durch Rippenfragmente, bei denen die bedrohlichen Erscheinungen nach dem Unfall sofortige operative Behandlung erforderten.

Im 1. Falle wurden die scharfen Rippenfragmente resecirt und die gespießte Lunge reponirt; am 2. Tage Naht der Hautwunde. Es erfolgte zunächst Heilung, dann bildete sich ein Lungenabscess, der eine 2. Operation nöthig machte. Heilung.

Im 2. Falle wurde aus der zertrümmerten Lunge ein 25 cm langes Stück der 4. Rippe extrahirt. Auch dieser Kranke genas.

Verf. räth dringend zu sofortiger Eröffnung des Brustkorbes bei Rippenbruch mit Lungenverletzung, da nur auf diesem Wege eine exakte Diagnose und entsprechend rationelle Therapie möglich sei. **Grisson** (Hamburg).

34) **Curtis.** Posterior thoracotomy for foreign body in the right bronchus.

(Annals of surgery 1898. November.)

Ein 11jähriger Knabe hatte 3 Tage vor seiner Aufnahme ein zolllanges Fruchtgehäuse verschluckt. Bei der tiefen Tracheotomie gelingt es, dasselbe im rechten Bronchus zu fühlen, doch gelingen Extraktionsversuche nicht. Am nächsten Tage hintere Thorakotomie. Haut-Knochen-Muskellappen mit der Basis nach dem Schulterblatt, 3 Rippen umfassend. Es gelingt, den Bronchus frei zu legen, doch stören die Blutung und die Bewegungen der athmenden Lunge. Tamponade der Höhle. Am nächsten Tage Eröffnung des Bronchus, doch hat sich der Fremdkörper so eingekeilt, dass die Entfernung misslingt. Tod an Pneumonie.

Tietze (Breslau).

35) **Handmann.** Zwei Fälle von traumatischem Chylothorax. (Aus der chirurg. Abtheilung des Alten allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 6.)

Bei dem 1. Pat. kam die Verletzung der großen Chylusbahnen dadurch zu Stande, dass der von einem Schwungrad gefasste 16jährige Pat. von einer Speiche mit der Brust gegen das steinerne Fundament des Rades angepresst wurde. Neben mehrfachen Rippenbrüchen rechts und einem Schlüsselbeinbruch links fand sich ein linksseitiger Chylo- und ein rechtsseitiger Hämothorax; die durch Probepunktion entleerte, ganz milchweiße Flüssigkeit der ersteren enthielt molekulare Fettkörnchen und Lymphzellen, keine größeren Fettkügelchen und keinen Zucker. — Heilung. — Der 2. Pat. war von einer Schaukel gegen die Brust getroffen worden und zeigte zunehmende Athemnoth und fast über der ganzen linken Brusthälfte Dämpfung. Wiederholt nothwendige Punktionen entleerten mehrere Liter chylusartiger Flüssigkeit. Heilung.

Außer diesen 2 Fällen sind in der Litteratur nur noch 12 von traumatischen chylösen Ergüssen mitgetheilt, von denen 3 indess nicht ganz sicher sind.

Kramer (Glogau).

36) **B. Bramwell** and **J. M. Cotterill.** Remarks on two cases of gangrena of the lung.

(Brit. med. journ. 1899. Januar 14.)

B. berichtet zunächst über einen Fall von Lungengangrän bei einer 28jährigen Frau, der dadurch besonders bemerkenswerth ist, dass ein Durchbruch eines Magengeschwürs der vorderen Magenwand in den Brustraum und in die Lunge als Ursache der Lungengangrän angenommen werden musste, und dass sofortiger Rückgang sowohl der Lungen- wie der Magenerscheinungen erfolgte, nachdem strikte Mastdarmfütterung per Klysma durchgeführt worden war.

Im 2. Falle wurde bei einem 40jährigen Mann der Brandherd nach Rippenresektion eröffnet und drainirt. Auch hier erfolgte Heilung.

F. Krumm (Karlsruhe).

37) **G. Perthes.** Über ausgedehnte Blutextravasate am Kopf in Folge von Kompression des Thorax.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 436.)

P. berichtet über 2 Pat. der Leipziger Klinik, einen 14jährigen Arbeitsburschen und einen 36jährigen Rollkutscher, welche hochgradige Brustkompression erlitten hatten, der eine durch Einklemmung zwischen ein Eisenstück und einen rasch anfahrenden kleinen Eisenwagen, der andere durch Einpressung zwischen einen umgeworfenen Lastwagen und einen eisernen Pfosten. Bei beiden war der Kopf ganz unverletzt geblieben, und doch fand sich bei ihnen dunkelblaue Gesichtsverfärbung, beruhend auf zahlreichen kleinen rothen Blutaustritten in die Haut, die sich auch



auf die oberen Halspartien fortsetzten. Auch die Conjunctiven waren diffus sugillirt, so dass nichts vom Weißen im Auge zu sehen war. Die Gesichtsverfärbung hielt nur 4 Tage an, die conjunctivalen Sugillate aber brauchten etliche Wochen zur Resorption.

Der gesteigerte Thoraxdruck hat also hier zu Gewebszerreißungen am Kopf geführt, und die Übermittlung des Drucks von der Brust zum Kopf kann nur durch einen vehementen rückläufigen Blutstoß in den Halsvenenstämmen geschehen sein. Die Jugularvenen haben zwar Klappen, doch sind dieselben variabel, bisweilen fehlend, und leisten, wie Poirier nachgewiesen hat, keinen Widerstand bei Injektionen von unten her. Die subconjunctivalen kleinen Blutungen, die beim Keuchhusten vorkommen, sind Analoga bescheidenen Maßstabes für die hier beobachteten Petechien. Von Interesse ist noch, dass beide Pat. angaben, in den ersten Stunden nach der Verletzung die Sehfähigkeit verloren zu haben, was vielleicht durch eine venöse Hyperämie und Ödem der Retina oder Kompression des Opticus durch retrobulbären Bluterguss zu erklären wäre. Auch hierfür geben gewisse Keuchhustenpatienten ein Vergleichsstück, bei denen vorübergehende Blindheit oder Herabsetzung der Sehschärfe beobachtet wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

38) O. Ehrhardt. Über Geschwülste der weiblichen Brustwarze.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 373.)

E. vermehrt die Kasuistik der sehr seltenen weiblichen Brustwarzengeschwülste um 2 in der Königsberger Klinik beobachtete Fälle. Fall 1 ist eine echte Hypertrophie elephantiastischer Art der ganzen Mammilla, welche einem großen langgestielten Papillom ähnlich sah. 7 cm langer, nicht ganz 1 cm dicker Stiel, das äußere Ende fast dreifach verdickt und mit feinen Wärzchen bedeckt. Durch letztere münden die Milchausführungskanälchen.

Fall 2 betrifft ein kaum erbsengroßes Knötchen in der Warze einer etwa 40jährigen Frau, welches wegen Vorhandensein einer bohnengroßen Axillardrüsenschwellung zur Mammaamputation mit Achselhöhlenausräumung Anlass gab. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein »primäres, weiches, alveoläres« Carcinom. Verf. giebt eine sehr detaillirte Beschreibung seines sorgfältig und kunstgerecht aufgenommenen Befundes und prüft mit letzterem auch einige neuere Carcinomtheorien (von Ribbert, Hansemann etc.), so wie die Psorospermienfrage und die Lehre von der Paget'schen Brustwarzenkrankheit, worauf hier des mehr rein theoretisch-pathologischen Interesses dieser Dinge wegen nicht weiter eingegangen wird. (In der im Eingang der Arbeit gegebenen kurzen Aufzählung der bislang publicirten Mammillengeschwülste fehlt das von Sendler auf dem Chirurgenkongress von 1889 beschriebene gestielte Angiom.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

39) A. v. Bergmann. Zur Diagnose und Therapie des Brustkrebses.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1898. No. 45.)

v. B. nimmt nicht principiell den Pectoralis major mit fort, sondern nur, wenn das Carcinom ihm angelöthet ist. Trotzdem sind seine Resultate nicht schlechter als die der ganz Radikalen; denn 50% leben 3 Jahre nach der Operation und sind gesund. **Haeckel** (Stettin).

40) H. T. Butlin. A clinical lecture on Halsted's operation for removal of cancer of the breast.

(Brit. med. journ. 1898. December 3.)

B. hat seit 1895 principiell bei der Operation von Carcinomen der Mamma die Methode Halsted's angenommen. Dieselbe trägt den neueren pathologisch-anatomischen Untersuchungen über die Verbreitungswege des Carcinoms am meisten Rechnung, indem bei ihr die ganze Rippenportion des Pectoralis major, die Fascie des Pectoralis minor und des Serratus sammt der Brustdrüse und Achsel-

höhlenfett nach temporärer Durchtrennung des Pectoralis minor als Ganzes mit entfernt werden (Annals of surgery Vol. XX).

Von den 33 Fällen, die B. operirt hat, können nur 13, die über 3 Jahre operirt sind, zur Beurtheilung der Operationsresultate herangezogen werden. Von diesen 13 Fällen ist

1 Pat. im Anschluss an die Operation gestorben;
2 » gestorben oder am Leben mit lokalem Recidiv;
1 » gestorben an Carcinom ohne lokales Recidiv;
9 » leben gesund und recidivfrei.

Unter den erfolgreichen Fällen sind einige, in denen die Axillardrüsen schon carcinomatös waren; trotzdem erreicht der Procentsatz der Geheilten nahezu 70%.

Die Supraclaviculardrüsen hat B. nicht entfernt, weil ihm die Fälle, in denen dieselben afficirt sind, hoffnungslos erscheinen. Trotzdem behält sich B. über diesen Punkt ein endgültiges Urtheil noch vor. **F. Krumm** (Karlsruhe).

41) **Heurtaux** (Nantes). Apparition de noyaux carcinomateux multiples, metastatiques, plus de trente ans après l'ablation d'un carcinome du sein.

(Arch. prov. de chir. 1899. No. 2.)

Bei einer Frau, der H. wegen Carcinom die linke Brustdrüse sammt den zugehörigen Achseldrüsen im Jahre 1868 entfernt hat, fand er jetzt, nach $30^1/_4$ Jahren, etwa 25 Knoten in der Nachbarschaft der Narbe. Die mikroskopische Untersuchung, die Beschränkung der Neubildungen auf das Lymphstromgebiet der linken Brustdrüse und das Fehlen eines anderen primären Carcinoms, lassen es unzweifelhaft erscheinen, dass hier Tochterknoten des vor so langer Zeit exstirpirten Brustkrebses nach so ungewöhnlich langer Latenz noch zur Entwicklung gekommen sind. **P. Stolper** (Breslau).

42) **Duplay.** Des fistules vésico-intestinales.

(Méd. moderne 1899. No. 5.)

44jährige Frau, welche 9 Jahre zuvor unter den Erscheinungen einer Peritonitis krank gewesen war und seitdem öfters an Magen-Darmbeschwerden so wie ständigem Husten gelitten hatte, erkrankte vor 2 Jahren unter den Erscheinungen einer mäßig schweren Cystitis. Dieselbe besserte sich trotz lokaler Behandlung nicht; seit 10 Monaten enthielt der Urin zeitweise Kothbröckel und Speisereste (Traubenkerne), auch kam beim Uriniren Gas aus der Harnröhre. Das Gewicht der Pat. nahm um 31 Pfund ab.

Bei der Untersuchung fand sich eine Geschwulst in der Blinddarmgegend, von welcher aus sich eine Infiltration, bis gegen die rechte hintere Blasenwand ziehend, durch die Scheide feststellen ließ. Die cystoskopische Untersuchung ergab eine Fistelöffnung in der hinteren oberen rechten Blasenwand. Die Blasenschleimhaut zeigte sonst keine Veränderungen. Im Urin wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen.

Die Diagnose wurde auf tuberkulöse Erkrankung des Blinddarms, Verwachsung mit der Blase und Durchbruch in dieselbe gestellt.

Die Laparotomie bestätigte dieselbe. Die Blasenfistel wurde sorgfältig vernäht, die Öffnung im Darm war so klein, dass sie nur tamponirt und der Spontanheilung überlassen wurde. **R. v. Hippel** (Dresden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. Sonnabend, den 17. Juni. 1899.

I. Formalin als Heilmittel chirurgischer Tuberkulose.

Von

Johannes Hahn in Mainz.

Die Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Jodoformglycerin hat, so sehr sie auch in der ärztlichen Welt verbreitet ist, doch immerhin noch recht mangelhafte Erfolge aufzuweisen. Dies veranlasste mich, zu einem — übrigens nicht ganz erfolglosen — Versuch mit Jodglycerin und alsdann vor etwa 2 Jahren zu Versuchen mit Injektion von Formalin überzugehen. Nach mannigfachen Proben habe ich die frisch bereitete Mischung von Formalin (ca. 35%ige Lösung des Formaldehyds) und Glycerin als das Zweckmäßigste befunden. Die Wirkung ist überall da, wo das Formalin in genügende Berührung mit dem tuberkulösen Herd kommt, eine so vorzügliche,

dass ihr wohl kein Mittel irgend an die Seite gestellt werden kann. Diejenigen Tuberkulosen, die sich am besten für die Formalinbehandlung eignen, sind die Tuberkulose der Gelenke, besonders, wenn sie zur Vereiterung gekommen, aber noch nicht aufgebrochen sind, und die Abscesse, und zwar auch die Senkungsabscesse, so wie besonders noch das tuberkulöse Empyem der Pleura.

Die Koncentration des Mittels ist 1—5% Volumenprocent (d. h. auf 100 ccm Glycerin 1—5 ccm Formalin); ich habe diese Art der Mischung vorgezogen, weil sie sehr bequem herzustellen ist.

Bei den tuberkulösen Gelenken erzielt man die besten Erfolge, wenn die Gelenkhöhle durch einen tuberkulösen Abscess ausgedehnt und in allen Ecken und Nischen für das Mittel zugänglich ist. Am besten ist also von vorn herein das Hüftgelenk dafür geeignet, und nach diesem das Kniegelenk; am wenigsten eignen sich die Gelenke der Hand- und Fußwurzel dafür.

Dass die Senkungsabscesse so gute Objekte für Formalinbehandlung darstellen, mag auf den ersten Blick recht auffällig erscheinen, da ja der tuberkulöse Herd viel höher liegt. Ich war aber erstaunt über die ausgezeichnete Wirkung des Formalin-Glycerin: 1 oder 2 Punktionen und Injektionen genügten meist, um die Wiederansammlung von Eiter dauernd zu verhüten und — eben so interessant als wichtig — die Spondylitis heilte (bei Gipskorsettbehandlung) überraschend schnell aus.

Das Verfahren dabei ist im Allgemeinen folgendes: Zunächst wird die Abscesshöhle mit einer Aspirationsspritze (ich benutze eine von 20 ccm Inhalt, die auf einen dünnen Trokar passt und durch Kochen sterilisirbar ist) entleert und durch mehrfaches Einspritzen von Borwasser und folgendes Ansaugen der Flüssigkeit mit der Spritze von dem tuberkulösen Eiter gereinigt, möglichst ohne dass es blutet. Dann wird gewöhnlich $^1/_3$—$^1/_2$ des Quantums des aspirirten Eiters an 1%igem Formalin-Glycerin eingespritzt. Ruhigstellung des betreffenden Gliedes. Es folgt eine mehr oder weniger heftige, mit Schwellung und häufig mit Fieber bis über 39% einhergehende Reaktion, wobei sich die Flüssigkeit der Abscesshöhle wieder erheblich vermehrt und manchmal recht starke Schmerzen — gegen die oft Morphium empfehlenswerth ist — entstehen. Nach einigen Tagen verliert sich die Reaktion, eben so vermindert sich die Exsudatmenge wieder. Nach etwa 14 Tagen empfiehlt sich, womöglich ehe das Exsudat resorbirt ist — es kommt zuweilen vor, dass das Exsudat schon auf die erste Injektion verschwindet — eine zweite und unter Umständen auch noch weitere Injektionen folgen zu lassen. Die Ausheilung erfolgt oft mit tadelloser Funktion in einer recht kurzen Zeit. Bedingung für die dauernde Ausheilung ist, dass keine nekrotischen tuberkulösen Massen mehr zurückbleiben, da diese, selbst wenn keine lebenden Tuberkelbacillen in den verkästen Granulationen mehr enthalten sind, stets eine Gefahr für die gute Ausheilung bedeuten. Übrigens werden ja die etwa vorhandenen Käsemassen

durch die Einwirkung des Glycerins nach und nach verflüssigt und können desshalb bei späterer Aspiration leichter entfernt werden.

Dass mit dem Mittel nicht jede tuberkulöse Gelenkentzündung auszuheilen sein dürfte, ist nicht auffällig, besonders kann man das Formalin in den aufgebrochenen Gelenken nicht gut so lange zurückhalten, bis es eine genügende Wirkung entfaltet hat; trotz Formalin und Höllenstein habe ich doch Gelegenheit genug zur Arthrektomie und Resektion gehabt. Jedenfalls ist aber nach meinen Erfahrungen das Mittel jedem anderen, insbesondere dem Jodoform-Glycerin, weit überlegen, und ich kann es den Kollegen nur dringend empfehlen, die verhältnismäßig einfache Behandlung zunächst in geeigneten Fällen zu versuchen und die Methode weiter ausbilden zu helfen. Leider fehlt mir bis jetzt die Zeit, das vorhandene Material zusammenzustellen und alle Erfahrungen und Beobachtungen eingehender zu besprechen.

Von den beobachteten Fällen lasse ich hier einen der allerersten, der von Anfang an mit Formalin behandelt wurde und typisch verlief, mit einem Auszug aus der Krankengeschichte folgen, nämlich eine tuberkulöse Coxitis, die jetzt seit annähernd $1^1/_2$ Jahr geheilt geblieben ist.

Andreas K., $3^1/_4$ Jahre alt, in Behandlung gekommen am 1. Februar 1897, hat seit angeblich 6 Wochen über Schmerzen im linken Bein geklagt. Die Untersuchung ergiebt eine Coxitis links. Das Kind kann nur mit Schmerzen stark hinkend gehen. Die Hüfte wird in leichter Flexion steif gehalten und ist druckempfindlich. Es wird sofort ein Streckverband mit Heftpflaster und Volkmannscher Schiene angelegt, der mehrfach erneuert wird. Die Schmerzhaftigkeit bessert sich anfänglich, bald aber klagt das Kind über erneute Schmerzhaftigkeit. Die Hüftgelenksgegend zeigt sich jetzt geschwollen und bei jeder Bewegung des Beines sehr empfindlich. Es wird nun am 23. April 1897 in Narkose eine Probepunktion gemacht, wobei sich dünner, mit Flocken untermischter Eiter fand. Desshalb wird sofort der Eiter mit der Spritze ganz entleert (ca. 50 ccm), die Abscesshöhle mit 2%iger Borlösung nochmals nachgespült und ca. 15 ccm (1%iges Formalin-Glycerin eingespritzt. Zugleich wird ein 10pfennigstückgroßer tuberkulöser Granulationsherd in dem Haut-Fettgewebe der linken Wade exstirpirt. Gipsverband.

Am 3. Juni 1897 wurde, nachdem jede Spur von Reaktion abgelaufen und das Gelenk auffallend wenig empfindlich geworden war, vorsichtshalber ein Streckverband angelegt, der am 9. Juli mit einer Gipshose kombinirt und am 23. August 1897 durch eine einfache Gipshose ersetzt wurde, das Kind ging damit hinkend, aber schmerzlos umher. Die Gipshose wurde am 12. November 1897 erneuert und dabei eine Röntgenphotographie aufgenommen, die keine erheblichen Formabweichungen des Gelenks ergab.

Bald darauf wurde die Gipshose dauernd entfernt, wobei zu meinem eigenen größten Erstaunen das Kind das Bein in der Hüfte schmerzlos und nach allen Richtungen frei bewegen konnte. Sowohl während dieser Behandlung wie auch nachher wurde das Kind noch an skrofulösem Ekzem und an phlyktänulärer Conjunctivitis vorübergehend behandelt, die Hüfte ist aber bis jetzt gesund geblieben, und das Kind geht ohne Hinken und hat keine sichtbaren Zeichen der Erkrankung mehr zurückbehalten.

Einen zweiten, viel interessanteren Fall, betreffend die Behandlung eines tuberkulösen Pyothorax, werde ich an anderer Stelle folgen

lassen, da er besonders auch den inneren Mediciner interessiren dürfte.

II. Über ein resorbirbares Naht- und Ligaturmaterial.

Von

Prof. **W. F. Snegulreff** in Moskau.

Die Vorzüge eines resorbirbaren Materials für versenkte Nähte und Ligaturen sind so einleuchtend, dass nur zwingende Gründe zur Aufgabe desselben veranlassen können. Das früher vielfach benutzte Katgut ist gegenwärtig von einem großen Theil der Chirurgen in Verruf erklärt worden wegen der Unmöglichkeit einer sicheren Sterilisirung. Auch ich habe seit dem Jahre 1894 von der Verwendung des Katguts in der Moskauer gynäkologischen Klinik Abstand genommen, da einige Todesfälle unzweifelhaft auf Katgutinfektion zurückgeführt werden mussten. In dem Bestreben, einen brauchbaren Ersatz für das Katgut ausfindig zu machen, glaube ich nun dem Ziel nahe zu sein. Das Material, welches ich zuerst versuchsweise und dann seit Januar 1899 in größerem Umfang benutzt habe, bilden Sehnenfäden aus dem Ligamentum nuchae des Rennthiers. Dieselben werden nicht in der schon früher von Putilow[1] empfohlenen Form gedrehter Fäden, sondern in Form der direkt durch Zertheilen des unversehrten Ligaments erhaltenen parallelfaserigen Fäden benutzt. Die leichtere Sterilisirbarkeit eines derart gewonnenen Materials ist augenscheinlich. Die Desinfektionsmethode ist folgende: Entfetten in Äther, Einlegen in Juniperusöl auf die Dauer von mindestens 14 Tagen; Entfernen des Öls durch Äther und Alkohol in $^1/_3$%iger Sublimatlösung in 80% Alkohol auf 2 Tage, Überbringen auf 2 Tage in 1%ige sterile Kochsalzlösung, Aufbewahren in Alkohol. Nach den von meinem Assistenten Dr. Greife angestellten bakteriologischen Untersuchungen und Thierexperimenten erwiesen sich die Fäden stets schon nach dem Juniperusöl als steril. Der doppelten Sicherheit halber wurde aber noch die Sublimatdesinfektion hinzugefügt. Mit dergestalt präparirten Sehnenfäden wurden außer kleineren gynäkologischen Operationen 83 Laparotomien ausgeführt, wobei ausschließlich Sehnenfäden sowohl als Ligatur, wie als Nahtmaterial zur Verwendung gelangten, unter Anderem zur Darmnaht, zur Naht des schwangeren Uterus, als versenkte Etagennaht der Bauchdecken. Von den 83 Operirten starben 5, wobei in einem Falle eine von einem Diplococcus verursachte Eiterung der Uteruswunde (Myomenukleation) vorgefunden wurde. Die Eiterung durfte aber den Umständen nach als eine durch accidentelle Infektion hervorgerufene betrachtet werden und war nicht als Todesursache aufzufassen. In den übrigen 4 Todesfällen war eine Nahtinfektion direkt ausgeschlossen. Dass in einigen

---

[1] Russkaja Medicina 1884.

Fällen von Entfernung eitriger Geschwülste der Beckenhöhle eine Eiterung eintrat, kann natürlich dem Nahtmaterial nicht zur Last gelegt werden. Was die Resorption der Sehnenfäden anbelangt, so erfolgt dieselbe etwas langsamer als beim Katgut, was ebenfalls als Vorzug anzusehen ist. Weitere Vorzüge sind die relative Billigkeit bei der Möglichkeit, das Material in größerer Menge zu erhalten, die Festigkeit und Haltbarkeit der leicht zu schürzenden Knoten.

Die bis jetzt erhaltenen Erfolge ermuntern zu weiterer Anwendung des Materials. Die dabei erzielten Resultate, so wie die experimentellen Untersuchungen werden wir in einer ausführlicheren Arbeit des Dr. Greife nicht ermangeln mitzutheilen.

---

1) **Kindler.** Weitere Mittheilungen über den Gebrauch von Orthoform.

(Fortschritte der Medicin 1899. No. 7.)

Zur Behandlung schmerzhafter Magenaffektionen wurde das basische Orthoform in wässriger Aufschwemmung (3 Messerspitzen auf 1 Glas Wasser) verabreicht. Nach dem Trinken muss der Pat. wiederholt seine Lage wechseln, damit das Mittel möglichst an alle Stellen der Magenwand gelangt. Bei Magenkatarrhen, chlorotischen Gastralgien, gastrischen Krisen wurde niemals eine schmerzlindernde Wirkung erzielt, wohl aber bei Magengeschwür und ulcerösem Carcinom. Die Wirkung ist abhängig vom Füllungszustand des Magens, am besten ist sie bei leerem Magen. Wichtig ist auch, ob der Geschwürsgrund gereinigt oder mit Gerinnseln etc. bedeckt ist, da letztere die Einwirkung des Mittels auf die Nervenendigungen verhindern. So war z. B. nach einer frischen Magenblutung die Wirkung sehr günstig. Verf. spricht auf Grund seiner Beobachtungen dem Orthoform geradezu eine diagnostische Bedeutung für die Erkennung ulcerativer Processe des Magens zu in dem Sinn, dass positive Wirkung mit Sicherheit für ein Geschwür, negative allerdings noch nicht sicher gegen ein solches spricht. In einem Falle, wo die Diagnose zwischen primärem Leber- (Gallenblasen-) Carcinom und ulcerösem Magencarcinom mit Lebermetastasen schwankte, hat er mit Rücksicht auf die Orthoformwirkung sich für die letztere Diagnose entschieden und seine Annahme durch die Sektion bestätigt gefunden.

Teichmann (Berlin).

---

2) **A. Brault.** Le pronostic des tumeurs basé sur la recherche du glycogène.

(Suite de monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie, en biologie No. 15. Paris, **Masson & Co.,** 1899.)

Die Arbeit enthält im Wesentlichen eine weitere Begründung und Vervollständigung der früheren Arbeiten B.'s auf diesem Gebiet (cf. d. Centralblatt 1895 p. 246). Ausgehend von der Thatsache, dass die normalen Gewebe des Erwachsenen, abgesehen von Leber,

Muskel und Knorpel, eben so wenig jemals Glykogen enthalten, wie die gutartigen Geschwülste, während die Zellen der bösartigen Geschwülste dasselbe in mehr oder weniger großer Menge produciren, je nachdem ihr Wachsthum ein schnelles, mittleres oder langsames ist, will B. die Beurtheilung der Prognose der letzteren auf den Nachweis des Glykogengehalts ihrer Zellen begründen.

Dieser Gedanke wird für die verschiedenen Arten der Geschwülste im Einzelnen mit großer Ausführlichkeit begründet. Dabei zeigt sich, dass bei rasch wachsenden Geschwülsten das Glykogen wohl in den älteren oder zerfallenden Theilen der Neubildung mehr oder weniger vollständig fehlen kann, dass es dagegen in der Peripherie und besonders in sekundären Geschwulstknoten und Metastasen, auch wenn die Zahl ihrer Zellen nur gering ist, stets in großen Mengen vorhanden ist. Der Glykogengehalt einer Geschwulst ist also der direkte Ausdruck ihrer Wachsthumsenergie und damit ihrer Prognose.

Der Nachweis des Glykogens ist einfach. Lebensfrische, möglichst dünne Geschwulststückchen werden in Alkohol fixirt, die Stücke dann in eine Gummilösung von Jod-Jodkalium gebracht. (10 g Jodkalium + 1 g Jod in 30—40 g Wasser gelöst und mit 200 g Gummilösung vermischt.) Der Zusatz der Gummilösung ist nothwendig, um das Glykogen unverändert zu erhalten, das in wässriger Lösung verschwindet. Das Glykogen färbt sich auf diese Weise mahagonibraun.

(Trotz des Interesses, welches die angeführten Thatsachen in physiologischer Hinsicht bieten, scheint Ref. die Untersuchung auf Glykogen zur Feststellung der Prognose kaum erforderlich zu sein, da uns zur Beurtheilung derselben wohl genug klinische und histologische Merkmale zur Verfügung stehen.) **R. v. Hippel** (Dresden).

---

3) **N. Jacobson.** The curability of cancer.

(New York med. record 1899. Februar 25.)

Verf. wiederholt die Behauptung, dass die Carcinome beständig an Häufigkeit zunehmen. In England soll $^1/_{20}$ aller Männer und $^1/_{12}$ aller Frauen über 35 Jahre daran sterben. Das Alter könne nicht als Hauptbedingung betrachtet werden; z. B. verfügt J. über die Umwandlung eines seit den ersten Lebensjahren bestehenden papillomartigen Gewächses auf der Schleimhaut der Unterlippe eines 11jährigen Knaben. Andererseits geben solche Fälle den klinischen Beweis, dass die Krankheit in einem Zeitpunkt noch sicher lokaler Natur ist und erfolgreich operirt werden kann. J. warnt die Kollegen vor zu großem Pessimismus und vor neueren Publikationen (Robinski), wonach ein etwaiger chirurgischer Eingriff nicht zu rechtfertigen sei. Die Schwierigkeit der Diagnose der ersten Stadien erhöht die Verantwortlichkeit des Hausarztes. Die Brust soll stets bei der Untersuchung nicht nur von den Seiten getastet, sondern auf

ihre Resistenz durch Andrücken gegen den Thorax geprüft werden. Weiter wird auf die Verschiedenheit der Virulenz eingegangen. Merkwürdig dürfte jedenfalls der Bericht über die einfache Amputation eines Peniscarcinoms bei einem 47jährigen sein. Die Geschwulst war ulcerirt, über $2^1/_2$ Zoll Länge des Organs ausgebreitet und in jeder Inguinalbeuge eine Anzahl Lymphdrüsen fühlbar. Trotz dieser wenig radikalen Maßnahme wurde vollständiger Erfolg noch nach 3 Jahren konstatirt, dabei waren nicht einmal die Leistendrüsen herausgenommen worden (!). Ein anderer Fall bei einem 37jährigen endete allerdings trotz Totalexstirpation mit rapidem Recidiv. Weiter werden die Erfolge neuerer ausgedehnter Radikaloperationen besprochen und auf die Präparate von Hallstedt in John Hopkins Hospitals hingewiesen; Letzterer fand in 23 Fällen bei 67 Pat. die Supraclaviculardrüsen inficirt, in 30 Fällen gesund (in 14 Fällen nicht genau untersucht). Assistent Hallstedt ging auch ins vordere Mediastinum ein und entfernte hier erkrankte Drüsen und Bloodgod resecirte ein Stück der Vena innominata. Verf. konnte $1^1/_2$ Jahr nach einer ausgedehnten Operation mit Resektion der 5., 6. und 7. Rippe noch völlige Gesundheit eines Kollegens Frau feststellen. Bei Besprechung der Totalexstirpation des Uterus weist J. auf die Bedeutung der Lacerationen hin und die Forderung Kelly's, dass trotz der besseren Aussichten, welche der vaginale Weg quoad vitam gäbe, ähnlich wie bei den Brustkrebsen eine Methode vorzuziehen sei, welche die Lymphwege klar lege und freie Entfernung der breiten Ligamente gestatte.

Die Betrachtung der Frage, was unter Recidiv zu verstehen sei, führt zu interessanten kasuistischen Mittheilungen und der Annahme, dass bei anscheinend von einander unabhängigem späteren Auftreten eines Carcinoms an ganz entfernter Stelle das Individuum eine ungewöhnliche Disposition für bösartige Geschwülste besitzen müsse. Die kurze Betrachtung aller möglichen konservativen Behandlungsmethoden führt im Allgemeinen zu dem sicheren Schluss, dass wir verpflichtet sind, ein Carcinom zu operiren, und kein Alter eine Kontraindikation gebe. Vor 3 Jahren entfernte Verf. den Brustkrebs einer 80jährigen, die noch völlig wohl ist. Dagegen konnte J. s. Z. 1896 der medicinischen Gesellschaft des Staates New York berichten, dass die sogen. schmerzlosen sicheren Kuren ohne Anwendung des Messers, welche gewisse New Yorker Krebsheilinstitute ankündigten, auf Grund seiner statistischen Untersuchungen für Schwindel erklärt werden mussten. Jeder Fall wahren Carcinoms ging ohne irgend welchen Aufenthalt im Verlauf im allertraurigsten Zustand seinem sicheren Ende entgegen. **Löwenhardt** (Breslau).

4) **A. Landerer.** Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure.

Leipzig, 1898.

Tuberkulöse Processe im vorgeschrittenen Stadium, Nekrobiosen, Verkäsungen etc. haben wenig Neigung, in Narben überzugehen. Der Grund dafür ist nach L. in der überaus geringen entzündlichen Reaktion in und um tuberkulöse Herde zu suchen. Es lag daher nahe, durch eine künstlich hervorgerufene Entzündung eine mit einer festen Narbe abschließende Ausheilung tuberkulöser Herde herbeizuführen. Bakterielle Entzündungen zur Behandlung tuberkulöser Herde zu verwerthen, ergab bisher keinen Erfolg. L. verfolgte daher den Weg, eine aseptische Entzündung auf chemischem Wege zu erzielen. Als ein vortreffliches Antituberculosum erwies sich Perubalsam. Es kam nun nicht darauf an, nur lokale Herde zu behandeln, sondern auch die nicht erkennbaren sonstigen Herde im Körper zu treffen, um eine wirkliche Heilung herbeizuführen. Es musste also der Perubalsam dem Blutstrom einverleibt werden, durch den er überall hin getragen wurde. Versuche ergaben, dass korpuskuläre Elemente, in die Blutbahn injicirt, in überwiegender Masse dort abgelagert wurden, wo vorher eine Entzündung stattgefunden hatte. Es war also anzunehmen, dass der Perubalsam gerade an den tuberkulösen Stellen vorzugsweise seine Wirkung entfalten würde. Die Einverleibung muss selbstverständlich in feinster Vertheilung, um den Kapillarverschluss zu verhindern, geschehen. Von dem Perubalsam eine Emulsion in genügender Feinheit für intravenöse Injektionen zu erhalten, erwies sich sehr schwer. L. verwandte daher nur den wirksamen Bestandtheil des Perubalsams — die Zimmtsäure, und zwar in Form einer Emulsion mit Eidotter und später, da die Form der Emulsion sich in mannigfacher Beziehung nicht als geeignet erwies, z. B. wegen der Unmöglichkeit des Sterilisirens, wässrige Lösungen zimmtsaurer Salze.

Was nun die Wirkung der Zimmtsäure auf tuberkulöse Processe betrifft, so hat L. diese Vorgänge ausführlich an Kaninchen studirt und beim Menschen bestätigt gefunden. Bei intravenöser Injektion von Zimmtsäureemulsion ergaben sich in Kaninchenlungen folgende Veränderungen. Um die tuberkulösen Herde entsteht zunächst eine Entzündung, hauptsächlich in Kapillarektasie, seröser Durchtränkung und Leukocytenanhäufung bestehend (Stadium der Leukocytose). Später findet man um die Tuberkelknötchen einen mehrfachen Leukocytenwall und zugleich beginnende Einwanderung von multinucleären Leukocyten in die Knötchen und Alveolarsepta, sowie Gefäßneubildung (Stadium der Umwallung). In einer weiteren Periode findet man den Tuberkel von jungem Bindegewebe (vorwiegend epithelioiden Zellen) umwallt, und zugleich wachsen junges Bindegewebe und Gefäße in den Tuberkel hinein (Stadium der Durchwachsung und Vaskularisation). Bacillen sind in diesem Stadium schon fast völlig verschwunden. Schließlich geht das junge Bindegewebe in Narben-

gewebe über, während die übrigen Lungenpartien theils emphysematös, theils normal, theils im Zustand chronischer interstitieller Pneumonie gefunden werden (Stadium der Vernarbung und Schrumpfung). Die histologische Untersuchung an Menschen bei vorausgegangener Zimmtsäurebehandlung ergab dieselben Befunde. Als neues Moment kommt hier noch die Abkapselung von Kavernen hinzu, die sich klinisch durch das Verschwinden von Kavernensymptomen manifestirt.

Die Leukocytose erregende Eigenschaft der Zimmtsäure erklärt L. durch Chemotaxis. Wahrscheinlich kommt gleichzeitig mit der erhöhten Bildung eine vermehrte Ausfuhr der in überschüssiger Menge producirten Leukocyten aus ihren Bildungsstätten durch Anlockung ins Blut zu Stande. Die rothen Blutkörperchen werden durch die Zimmtsäure nicht beeinflusst.

Die Injektion wurde entweder intravenös oder glutäal gemacht. Letztere ist von geringerer Wirkung und eignet sich daher nur in solchen Fällen, wo, wie z. B. bei kleinen Kindern, eine intravenöse Injektion nicht ausführbar ist. Verwandt wurde die Zimmtsäure in Emulsion oder als zimmtsaures Natron — Hetol — in physiologischer Kochsalzlösung gelöst. Letztere hat den Vorzug, sterilisirt werden zu können, was bei der Emulsion nicht angängig ist. Die Lösung oder Emulsion muss stets neutral oder etwas alkalisch reagiren. Saure Lösungen sind unbedingt zu verwerfen. Irgend welche nachtheilige Folgen, Eiterungen etc. sind auf mangelhafte Technik oder Fehler in der Asepsis zurückzuführen, da L. niemals dergleichen erlebt hat.

Was nun die Erfolge betrifft, so gebe ich hier die Zusammenfassung im Schlusskapitel wieder.

Von Lungentuberkulosen heilen unter der Zimmtsäurebehandlung die Tuberkulosen ohne Fieber und ohne wesentliche Zerstörungen im Verlauf einiger Monate aus.

Fälle mit Kavernen, aber ohne Fieber, können, wenn die Kavernen klein sind, gleichfalls ganz ausheilen; bei großen Kavernen kann die Kaverne abgekapselt werden, der Auswurf wird sehr spärlich, die Bacillen können verschwinden; das Allgemeinbefinden bessert sich, kann ein anscheinend völlig normales werden, so dass man von relativer Heilung sprechen kann.

Ein Theil der Fälle mit Fieber und Kavernen heilt aus.

Von den Fällen sogenannter galoppirender Schwindsucht, den septischen Lungentuberkulosen (junger Leute) kann gleichfalls ein Theil noch zur Ausheilung kommen. Gegen die hauptsächlichste Gefahr dieser Fälle, das septische Fieber, ist die Zimmtsäure machtlos. Das tuberkulöse Fieber wird durch die Zimmtsäurebehandlung beseitigt.

Darmtuberkulosen heilen aus, wenn die Entkräftung nicht zu weit vorgeschritten ist. Fieber scheint die Prognose hier weniger ungünstig zu beeinflussen, als bei den Lungentuberkulosen.

Tuberkulose der serösen Häute wird durch Zimmtsäure gleichfalls sehr günstig beeinflusst.

Urogenitaltuberkulosen kommen zur Heilung, wenn sie in sehr frühen Stadien zur Behandlung kommen. Auch hier macht die sekundäre Infektion mit anderen Bakterien die Hauptschwierigkeit für die Behandlung aus.

Auf Gehirn- und Meningealtuberkulose scheint die Zimmtsäure keinen Einfluss zu haben.

Über Augentuberkulose fehlen die Erfahrungen.

Von besonderem Interesse ist die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Tuberkulöse Wunden oder Fisteln durch Verbände mit Zimmtsäure aseptisch zu halten, gelingt nicht, weil ihre antiseptische Kraft eine sehr geringe ist. Kombinationen mit Jod haben sich als nicht geeignet erwiesen.

Zur Zeit verwendet L. ein Zimmtsäuremetakresol, das die Firma Kalle & Co. in Biebrich unter dem Namen Hetokresol in den Handel bringt. Mit der lokalen Behandlung geht die intravenöse Injektion stets Hand in Hand. Bei nicht verflüssigter Gelenktuberkulose werden die Injektionen unter peinlichster Asepsis in die fungösen Massen gemacht. Hierzu braucht L. eine 5%ige Hetollösung und beginnt gewöhnlich mit 5 mg, steigt allmählich an, injicirt aber nicht mehr als 25 mg auf einmal an einer Stelle. Für die Behandlung offener Wunden dient das Hetokresol oder der Perubalsam. Man pudert das erstere direkt auf die Wunde in dünner Schicht auf. Es ist nicht sterilisirbar und eignet sich daher nicht zur Behandlung geschlossener tuberkulöser Abscesse. Seine antiseptische Kraft ist auch eine geringe, man vermischt es daher zweckmäßig mit Jodoform bei Behandlung tiefer Wunden. Geschlossene tuberkulöse Abscesse werden punktirt, mit sterilisirter Kochsalzlösung ausgewaschen und alsdann 3—10 ccm einer Aufschwemmung von Hetokresol 10% und Jodoform 5% injicirt, die kleine Wunde vernäht und verbunden. Typische Resektionen vermeidet L., weil geschonte Gelenke oft unter der Zimmtsäure mit überraschend guter Funktion ausheilen.

Die Behandlung der Drüsentuberkulose ist bei geschlossenen Drüsen vorwiegend eine allgemeine. Verflüssigte Drüsen gehen unter Zimmtsäurebehandlung nicht zurück. Man aspirirt den Inhalt und injicirt Hetokresol und Jodoform āā in Kochsalzlösung oder exstirpirt und kratzt sie aus und behandelt dann mit Hetokresol weiter.

Die Skrofulose wird durch Zimmtsäurebehandlung gleichfalls sehr günstig beeinflusst.

Hauttuberkulose wird durch lokale Injektionen von

Acid. cinnamylici		
Cocain. mur.	āā	1,0
Spir. vini	ad	20,0

durchschnittlich wöchentlich einmal, mit Erfolg behandelt.

Intravenöse Injektionen von Zimmtsäure scheinen auf Hauttuberkulose nur geringen Einfluss auszuüben.

Zahlreiche Krankengeschichten sind beigegeben, aus denen man den Erfolg der Zimmtsäurebehandlung ersehen kann. Empfehlen dürfte es sich wohl, an Ort und Stelle die Sache praktisch zu studiren, ehe man selbständig an die Behandlung Tuberkulöser mit Zimmtsäure herangeht. Auch das genauere Studium des Originals ist unerlässlich.

F. Hansen (Herborn).

5) **J. Courmont** et **M. Doyon.** Le tétanos.

Paris, **J. B. Baillière et fils,** 1899. 95 S. 4 Abbildungen.

Die vorliegende Monographie über den Tetanus — der neueste Band der »actualités médicales« — bietet eine übersichtliche, gedrängte, aber sehr reichhaltige Darstellung der experimentellen Seite der Tetanusfrage. Die klinische Seite wird nur ganz kurz berührt. Da es zu weit führen würde, die ganze Arbeit eingehend zu besprechen, so seien nur einige besonders wichtige Punkte hervorgehoben.

Bezüglich der Versuche von Wassermann und Takaki wird hervorgehoben, dass bloß das 1. Experiment dieser Autoren — Neutralisation von Tetanustoxin durch Hirnsubstanz in vitro — sich als richtig herausgestellt habe, während die weiteren Schlüsse auf schützende und heilende Wirkung der normalen Hirnsubstanz sich keineswegs bestätigt haben.

Den nach der Nissl'schen Methode bei tetanischen Meerschweinchen und Kaninchen gefundenen Veränderungen der Ganglienzellen (Chromatolyse) messen die Verff. nicht die geringste specifische Bedeutung bei. Keine der bisher aufgestellten Theorien erklärt genügend den Ursprung der tetanischen Kontraktur, und es ist noch durchaus unentschieden, ob das Toxin direkt wirkt, oder erst durch Vermittlung einer neu producirten giftigen Substanz.

Aus zahlreichen Thierversuchen schließen die Verff., dass die motorischen Nerven wahrscheinlich nicht überreizbar sind, während sie diese Eigenschaft den sensiblen Nerven zuerkennen. Sie stellen desshalb die Vermuthung auf, das Tetanusgift wirke vielleicht in erster Linie auf die sensiblen Nerven. Jedenfalls ist dasselbe kein Muskelgift.

Bezüglich der Behandlung wird in erster Linie betont, dass das Tetanusheilserum, subkutan beigebracht, gegen das schon in Wirkung begriffene Tetanustoxin ohnmächtig ist. Immerhin ist die Serotherapie zu versuchen, weil sie wenigstens den neuen Einbruch von Toxin in die Cirkulation abschneidet. Als prophylaktisches Mittel dagegen ist das Tetanusheilserum von größter Bedeutung und sollte desshalb viel häufiger angewendet werden, als dies bis jetzt der Fall ist. Was die intracerebralen Seruminjektionen von Roux und Borrel betrifft, so sprechen sich die Verff. noch sehr zurückhaltend aus, rathen aber immerhin, diese Methode so frühzeitig als

möglich in Anwendung zu bringen, um ihre Wirksamkeit endgültig entscheiden zu können.[1] Bezüglich der Baccelli'schen Karbolsäuremethode verfügen sie nicht über eigene Erfahrungen.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

6) **E. Doyen.** Sur l'angiotripsie.

(Extrait de la Revue de gynécol. et de chir. abdom., Paris, 1898. Oktober 10.)

In dem vorliegenden offenen Brief an Tuffier macht D. seine Prioritätsansprüche geltend bezüglich der Erfindung der »Vasiotribe« (pince-clamp à pression progressive). Dieses Instrument wurde schon 1896 und Anfang 1897 konstruirt und 1897 in Moskau vorgezeigt, während das Tuffier'sche Instrument erst im September oder Oktober 1897 ausgeführt und am 22. December 1897 zum 1. Mal in der »Société de chirurgie« in Paris demonstrirt wurde. Das Gebiss ist demjenigen der D.'schen Klemme nachgebildet, während der originelle Hebelmechanismus derselben durch eine Schraubengewindevorrichtung ersetzt ist, wie sie bei der Kephalotribe verwendet wird. Das Instrument wird dadurch erheblich vergrößert und weniger sicher in der Führung.

Bei diesem Anlass unterzieht D. die von Tuffier veröffentlichten Fälle von Hysterektomie einer sehr scharfen Kritik und legt seine eigene Methode dar. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

7) **Jessen.** Über diagnostische Massage.

(Zeitschrift für praktische Ärzte Bd. VIII. Hft. 6.)

J. empfiehlt als ein werthvolles palpatorisches Hilfsmittel besonders bei Verletzungen die »diagnostische Massage«. Man könne sich durch schichtweise Effleurage ein genaues Gefühl der Oberhaut, des Unterhautfettgewebes der Muskulatur und der Knochen verschaffen. Eben so könne die Friktion angewandt werden. Auf diesem Wege ist es J. jedes Mal gelungen, bei der typischen Verstauchung des Fußes durch Umknicken, die sonst nur zu vermuthende Fissur am Malleolus externus nachzuweisen. Auch fühlte er ganz deutlich einen 2 cm langen feinen Spalt im Condylus internus femoris nach Quetschung des Kniegelenks. **Sudeck** (Hamburg).

---

8) **F. Terrier** et **E. Reymond.** Chirurgie du coeur et du péricarde.

Paris, **F. Alcan,** 1898. 212 S. 79 Abbildungen.

Die Verff. beabsichtigen, in der vorliegenden Arbeit eine Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Chirurgie des Herzens und des Herzbeutels zu geben. Dieser Aufgabe sind sie auch in vorzüglicher Weise gerecht geworden. Das 1. Kapitel bringt eine gedrängte Übersicht über die historische Entwicklung der Perikardchirurgie und eine eingehende Studie über die topographisch-anato-

mischen Verhältnisse des Herzbeutels. Von besonderem Interesse sind die durch zahlreiche Figuren erläuterten pathologischen Variationen des intrapleuralen Raums, deren Bedeutung für die Anheftung des Herzbeutels an die vordere Thoraxwand hauptsächlich nach den Untersuchungen von Voïnitsch-Sianojentzky dargestellt ist.

Im 2. Kapitel wird die Punktion des Perikards besprochen. Bezüglich der Punktionsstelle kommen die Verff. zu dem Schluss, dass bei voraussichtlich aseptischem Herzbeutelinhalt die Methode von Dieulafoy (Punktion im 4. oder 5. Interkostalraum, ungefähr 6 cm vom linken Sternalrand) zu wählen sei. Bei voraussichtlich septischem Perikardialinhalt dagegen sollte dicht neben dem Sternum eingestochen werden, und zwar vorzugsweise im 6. Interkostalraum (nach Delorme und Mignon, Voïnitsch-Sianojentzky u. A.), um dann gleich die Perikardotomie anzuschließen, wenn die Probepunktion Eiter ergiebt. Nur bei tuberkulös-eitriger Perikarditis kommt Behandlung mit bloßer Punktion in Frage.

Das 3. Kapitel ist der Perikardotomie gewidmet. Die Wahl des Operationsverfahrens hat sich nach der Ausdehnung des Exsudats zu richten. Für kleine Exsudate soll, nach Voïnitsch, von einem Vertikalschnitt aus das Ende des 6. und 7. Rippenknorpels sammt dem angrenzenden Stück Sternum resecirt werden. Für mittelgroße Ergüsse ist ein etwas größeres Stück des sternalen Endes der beiden genannten Rippenknorpel zu entfernen, mit Unterbindung der Mammargefäße. Bei ganz großen Ergüssen empfiehlt es sich, die Resektion eines 4 cm langen, nach außen von der A. mammaria interna gelegenen Stückes des 6. Rippenknorpels vorzunehmen. Indicirt ist die Perikardotomie erstlich bei infektiös eitriger Perikarditis, sodann bei traumatischem Hämoperikard. Bei nicht traumatischen Blutergüssen (Skorbut) ist nur Punktion indicirt. Seröse Ergüsse erfordern ebenfalls in der Regel nur die Punktion. Bloß bei chronischer, seröser Perikarditis könnte nach erfolglosen Punktionen an Perikardotomie gedacht werden.

Das 4. Kapitel ist der Chirurgie des Herzens selbst gewidmet. Nach einer historischen und topographisch-anatomischen Einleitung wird die Prognose der nicht chirurgisch behandelten Herzwunden besprochen. Es folgt dann eine Darstellung der verschiedenen anatomischen Formen von Herz- und Perikardverletzung und deren nicht operativer Behandlung durch Ruhe, Blutentziehung, Herzmittel (Digitalis), Serotherapie (will hier sagen: Infusion von physiologischer Kochsalzlösung oder von ähnlichen Blutersatzmitteln), Kälteanwendung etc.

Was die operative Behandlung betrifft, so schildern die Verff. erst die Indikationen der Resektion des Herzbeutels und der — event. rein explorativen — Perikardotomie, um dann eine Darstellung der wenigen, bis jetzt veröffentlichten Fälle von Herznaht zu geben. Zum Schluss wird noch kurz der Einfluss der Herzmassage auf Chloroformcollaps und Luftembolie erwähnt.

Diese kurze Inhaltsangabe möge genügen, um auf die Reichhaltigkeit dieser gegenwärtig wohl vollständigsten Arbeit über Herzchirurgie hinzuweisen. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

9) **Alessandri.** La legatura dei vasi dell' ilo renale. Ricerche sperimentali. Contributo alla chirurgia conservativa del rene.

(Durante's Festschrift Vol. III.)

Die Versuche des Verf., deren Bericht eine ausführliche Litteraturübersicht vorausgeht, wurden an Hunden und Katzen, und zwar immer mit Hilfe des Bauchschnitts ausgeführt. Die zweite Niere wurde zum Vergleich stets mituntersucht.

Nach Unterbindung der Nierenvene nahmen Volumen und Gewicht der Niere zu; diese Zunahme erreichte ihr Maximum schon nach 24 Stunden. Das Volumen stieg um $^1/_3$, das Gewicht um $^1/_4$. Die Niere erschien schon von außen stark kongestionirt. Auf dem Durchschnitt traten die Venen in der Rinden- und namentlich in der Marksubstanz hervor, am stärksten indess an der Grenze der beiden Substanzen. Gleichzeitig entwickelte sich ein Collateralnetz auf verschiedenen Wegen. Dass die Ausbreitung dieses Netzes in den einzelnen Fällen eine verschieden starke war, konnte auch schon von Singer an Kaninchen festgestellt werden. Am 5. Tag schlug die Gewichts- und Volumenszunahme in das Gegentheil um, so dass nach 80 bis 100 Tagen ein bemerkenswerther Grad von Atrophie zuweilen eintrat. Mikroskopisch sind die Venen erweitert und mit Blut angefüllt. Theilweise sind auch Blutungen, und zwar hauptsächlich in Infarktform eingetreten. Ein Theil des Gewebes übernimmt die Nierenfunktion, die fast normal ist, während ein anderer Theil durch anämische Nekrose oder häufiger durch hämorrhagischen Infarkt zu Grunde geht. Das allmählich neugebildete Epithel füllt die Lücken aus, die in den am stärksten veränderten Harnkanälen geblieben sind. Daher findet man in vielen Fällen nach gewisser Zeit wieder die Nierenstruktur. Die Restitutio ad integrum kann so vollständig sein, dass die plötzliche Ausscheidung der zweiten Niere (durch Exstirpation) ohne Schaden ertragen wird. Die bleibende Niere erfüllt als alleiniges Ausscheidungsorgan vollkommen ihren Zweck. Verf. zieht den Schluss aus diesen Resultaten, dass die Unterbindung der Nierenvene mit dem Leben und der Ernährung des Organs vereinbar ist und bestimmt in der ersten Zeit keine Gefahren für den Organismus birgt. Desshalb wird man sich bei Verletzungen der Nierenvene auf die Unterbindung derselben beschränken und nicht durch eine Nephrektomie den Körper um ein funktionsfähiges Organ berauben. Die Unterbindung der Nierenarterie hatte bei Katzen — 4 Versuche wurden gemacht — stets Nekrose der Niere zur Folge. Die Nierenarterie muss also bei der Katze den einzigen Ernährungsweg für die Niere bilden. Beim Hunde dagegen bleibt das Leben nach Unterbindung der Nierenarterie erhalten. Es treten zuerst in

Folge der mangelnden Vis a tergo Stauungserscheinungen und dann Folgen der Anämie auf. Sobald sich der Kollateralkreislauf entwickelt, was namentlich in bestimmten Theilen der Rindensubstanz geschieht, verschwinden die Stauungserscheinungen hier. Die Erscheinungen der anämischen Nekrose treten in Form des nekrotischen Infarkts dort auf, wo der Kollateralkreislauf fehlt oder mangelhaft entwickelt bleibt. Im Übrigen aber tritt eine Regeneration des Epithels ein, die, so weit die Versuche hierüber zu entscheiden gestatteten, zu einer Restitutio ad integrum führt. Beim Menschen darf man bei der starken Entwicklung der Arteriae suprarenales, diaphragmaticae, lumbales und urethrales ein ähnliches Verhalten wie beim Hunde annehmen.

Eine letzte Versuchsreihe beweist schließlich, dass die gleichzeitige Unterbindung der Arterie und Vene der Niere mit dem Leben vereinbar ist. Auch hier reichen die sich bildenden Anastomosen aus, um eine vollständige Nekrose des Organs zu verhüten. Es tritt vielmehr ein cirrhotischer Process auf, der allmählich fortschreitet und die restirenden Nierenkanäle und Glomeruli vernichtet. Diese Ligatur hinterlässt also keinen Rest funktionirenden Parenchyms, aber auch nicht einen zu Eiterung führenden nekrotischen Herd.

Dreyer (Köln).

---

10) **Ceccherelli.** Il mio processo di nefrorrafia.

(Durante's Festschrift.)

Nach Freilegung der Niere zieht C. dieselbe möglichst weit nach außen und entfernt am oberen Pol die Fettkapsel und die fibröse Kapsel von derselben. Nunmehr legt er 4 bis 6 Seidenfäden No. 7 $1^1/_2$ cm tief durch das Nierengewebe, von denen er 2 um die 11. oder 12. Rippe herumführt, während er die übrigen durch den Quadratus lumborum und die Muskelmassen führt. Dieselben werden noch einmal durch das Fettgewebe der Niere zurückgeführt. Bevor sie geknotet werden, entfernt C. das überschüssige Fettgewebe, das sich nach außen ziehen ließ. So wird der Sack, in dem die Niere liegt, verkleinert und die Elemente, die eine Eiterung begünstigen, vermindert. Eine Muskel- und eine oberflächliche Naht beschließen die Operation. Ein Drain bleibt die ersten Tage liegen.

Dreyer (Köln).

---

11) **Boari.** Innesto dell' uretere sull' intestino.

(Durante's Festschrift Vol. II.)

B. beschreibt sein dem Murphy'schen analoges Verfahren. Der Knopf geht am 10.—12. Tag nach der Operation ab. Man operirt extraperitoneal, um im Fall des Misslingens eine Peritonitis zu vermeiden. Das Verfahren ist kein Verfahren der Wahl, sondern der Nothwendigkeit. Bei Verletzungen des Harnleiters näht B.; ist der Substanzverlust ein größerer, so kann man einen plastischen Ersatz mit Hilfe der vorderen Blasenwand vornehmen. Ist aber auch eine

Plastik nicht mehr möglich, so käme die Einpflanzung des Harnleiters in den Darm zur Anwendung bei Ektopie der Blase, bei großen Blasen-Scheidenfisteln, die einer Plastik nicht zugänglich sind, bei lokalisirten Blasentuberkulosen, bei denen der Blasenschnitt und Auskratzung der Blase erfolglos geblieben sind, die alsdann durch Resektion der Blase zu heilen wären, und schließlich bei bösartigen Geschwülsten der Blase, bei denen ein ähnlicher Eingriff noch möglich ist.

Dreyer (Köln).

12) **Albarran.** Des cystites douloureuses.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XVII. Hft. 2.)

Als Cystites douloureuses haben Guyon und Hartmann chronische Blasenkatarrhe bezeichnet, die jeder Behandlung trotzen. Vom ätiologischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt aus sind die hierher gehörigen Cystitiden sehr verschieden; gemeinsam haben sie nur das Symptom der heftigsten, unerträglichsten Schmerzen, die durch ihre anhaltende Dauer das ganze Krankheitsbild beherrschen und schließlich chirurgische Abhilfe erheischen. Diese »schmerzhaften Cystitiden« finden sich namentlich bei den Cystitiden in Folge von Fremdkörpern und Konkrementen, bei den neoplastischen und tuberkulösen Cystitiden. Die ätiologisch ganz genau charakterisirten Cystitiden müssen aber von der eigentlichen schmerzhaften Cystitis abgesondert werden. Die Ursachen derselben sind meist die ganz gewöhnlichen: Tripper, unsauberer Katheterismus, akute Infektionskrankheiten. Bakteriologisch finden sich hier hauptsächlich der Colibacillus, der Staphylococcus, der Proteus Hauser, der Streptococcus pyogenes und der Gonococcus. Diese Bakterien treten entweder allein oder in verschiedenen Kombinationen auf, für die schmerzhafte Form der Cystitis haben sie nichts Charakteristisches. Um so mehr ist dies der Fall bei den pathologisch-anatomischen Veränderungen der Blasenschleimhaut. Charakteristische Merkmale für die schmerzhaften Formen sind besonders tiefgehende, manchmal bis ans perivesikale Bindegewebe reichende Schleimhautläsionen; Sitz derselben in der Nachbarschaft des Blasenhalses; ulceröse, pseudo-membranöse und verruköse Formen der Schleimhautentzündung; die Leukoplasie der Blasenschleimhaut.

Eine sichere Diagnose der schmerzhaften Cystitis kann namentlich dann sehr schwierig sein, wenn es wegen zu geringer Blasenkapacität u. A. m. unmöglich ist, die Cystoskopie anzuwenden.

Therapeutisch beginnt man zunächst mit einfachen toxischen Mitteln auf die Blasenschleimhaut einzuwirken: Einträufelungen von Höllenstein- und schwachen Sublimatlösungen. Giebt diese Behandlung keinen anhaltenden Erfolg, und hat die Cystoskopie die Abwesenheit von Wucherungen und Ulcerationen ergeben, so macht man die Curettage der Blasenschleimhaut; sollte auch diese versagen, so legt man eine Blasenfistel an, bis der Urin klar entleert wird. Ergiebt die Cystoskopie Vegetationen, Ulcerationen, Leukoplasien der

Blasenschleimhaut, so ist die Sectio alta vorzunehmen. Die Blasenschleimhaut wird dann von der Wunde und gleichzeitig auch von der Harnröhre aus energisch lokal behandelt. Die Blase wird drainirt und die Fistel erst dann geschlossen, wenn der Blasenkatarrh vollkommen geheilt ist. Ist eine cystoskopische Untersuchung bei der schmerzhaften Cystitis unmöglich, so muss man, wenn die Curettage der Blase resultatlos verlaufen ist, so bald als möglich die Sectio alta vornehmen. **P. Wagner** (Leipzig).

---

13) **E. Fuller.** The radical treatment of prostatic hypertrophy.

(New York med. record 1898. November 19.)

F. hält zwar die Kastrationen und die Bottini'sche Operation in gewissen Fällen nicht gerade für unangebracht, empfiehlt aber in den meisten Fällen mehr blutige Eingriffe, bezugnehmend auf die früher beschriebenen guten Resultate der von ihm angegebenen suprapubischen Prostatektomie (Journ. of cutan. and genito-urinary diseases 1895 Juni), deren Hauptzüge hier wiederholt werden. Allerdings konstatirt er, die erneute $3^1/_2$jährige Erfahrung habe gelehrt, dass gewisse sehr harte und starke Hypertrophien die Enukleationen mit dem Finger, wie er sie damals beschrieben, doch nicht gestatten. In solchen Fällen war es nöthig, mit einer Prostatektomiezange durch die Wunde im Blasenboden Stücke herauszuholen; sogar in ganz hartnäckigen Fällen mit Jessop's Schere (Brit. med. journ. 1893 December 9) herauszuschneiden. Die suprapubische Drainage wird jetzt mit 2 Tuben ausgeführt, ähnlich der Guyon'schen Nachbehandlung der Sectio alta bei Geschwülsten. Die Wunde wird mit Silkworm geschlossen; die obere und untere Wundwinkelnaht schließt die Blasenwand mit ein zur dichten Vereinigung mit der Bauchwand. Verf. theilt seine Fälle in 2 Klassen: 1) solche mit ausgesprochenem Atherom welches deutlich an den oberflächlichen Arterien zu fühlen ist. 2) Solche, in denen derartige Befunde nicht ausgesprochen sind. Von den 5 Pat. der ersten Klasse starben 3 nach der Operation, der eine an einer schweren Apoplexie am dritten Tage; beim zweiten wurde eine Blutung im Cavum Retzii und Peritoneum vorgefunden, der dritte starb plötzlich am 5. Tage (Thrombose?). Dagegen verlor F. von 22 Fällen der zweiten Klasse nur 2, einen an Chok und den zweiten unter Erscheinungen von Bauchfellentzündung. Letztere Resultate stellen für die Schwere der Zustände, in denen die Pat. noch auf den Operationstisch kamen, eine so geringe Mortalität dar, dass in Anbetracht der angeblich in den meisten Fällen bedeutenden funktionellen Erfolge die Publikation durchaus beachtenswerth erscheint. Die Einwände gegen die Kastration (von der Resektion des Vas deferens wird überhaupt nicht gesprochen) sind nach F. die Verstümmelung, die nicht geringere Mortalität, das ungenügende Resultat in so weit, als der Pat. nicht vollständig seine Blase entleeren kann.

Der Begriff radikal könne beiden Eingriffen nicht vindicirt werden. Bottini ist indicirt in unkomplicirten Fällen, wenn die Blasenmuskulatur noch leidlich funktionirt, die oberen Harnwege in gutem Zustand sind und die Katheterisation ohne Schwierigkeiten vor sich geht; trotzdem bleibt noch Residualurin, der in der Folge die Resultate wieder verschlimmert. Auch die Blasenfunktion würde vermuthlich später durch die Narbenretraktion der Brandwunde schwer geschädigt. Eben so ist die etwa nachfolgende Prostatektomie durch Verlöthung der Prostata dann unausführbar. Bei ganz großen Hypertrophien ist Bottini überhaupt nicht anwendbar. Schließlich soll die Prostatektomie, deren Resultate dem Verf. große Genugthuung bereiteten, nicht zu lange aufgeschoben werden. **Löwenhardt** (Breslau).

---

14) **H. H. Morton.** Bottini's operation for enlarged prostate, with report of five cases.

(New York med. record 1898. September 17.)

M. konstatirt, dass die Behandlung der Prostatahypertrophie im Allgemeinen nicht von bestimmten Regeln, sondern von individueller Vorliebe und operativer Geschicklichkeit des einzelnen Chirurgen abhänge. Mit Berücksichtigung der Gefahren blutiger Eingriffe und des Risikos, welches die Narkose bei alten Leuten mit chronischer Bronchitis oder chirurgischen Nieren mit sich bringt, kann die Katheterbehandlung so lange empfohlen werden, bis irgend welche Schwierigkeiten, z. B. große Schmerzhaftigkeit oder Blutungen während des Kathetereinlegens eintreten. Einige Berechtigung hat dagegen für gewisse streng ausgewählte Fälle, in denen es sich direkt darum handelt, nach Durchtrennung einer Barrière am Blasenhals das Hindernis beseitigt zu haben, die Bottini'sche Operation; aber auch bei sehr großer Hervorragung eines kugligen Mittellappens kann sowohl die Einführbarkeit des Instruments behindert, als auch das Resultat ungenügend sein. Nur für harte bindegewebige Vergrößerungen, nicht für wesentlich durch Betheiligung der drüsigen Elemente hervorgerufene Hindernisse ist Bottini indicirt. Die Anwesenheit eines Steins muss stets vorher berücksichtigt werden. Der erste Schnitt braucht für 3 cm Länge etwa 65 Sekunden (posterior), der zweite ca. 50 Sekunden für 2 cm (anterior). Ein seitlicher rechts oder links ist eben so wie der obere nach Bedürfnis zuzufügen. Viele Resultate scheitern an zu oberflächlicher Verschorfung. Die Nachbehandlung wird auf 2—4 Tage Bettlage und dem Falle entsprechenden inneren Mitteln z. B. bei Atonie der Blase Strychnin, beschränkt. Im Allgemeinen ist der Gebrauch eines Dauerkatheters eben so wie jede Katheterisation zur Nachbehandlung überflüssig. Nur Blutungen erfordern hin und wieder eine 24stündige Anwendung eines starken Nélaton eventuell perineale Drainage und Tamponade. Durch Retention kann sich mehrmaliges Katheterisiren ebenfalls nothwendig machen. Die Rinne wächst auch ohne nachträgliche Bougierung nicht

wieder zusammen, bei ungenügender Trennung der Barrière muss in 2—3 Wochen der Eingriff wiederholt werden. Nach Besprechung der bekannten Kasuistiken von **Bottini**, **Freudenberg**, **Willy Mayer** giebt Verf. ein Referat über seine 5 Fälle. Das Resultat war bei jedem Pat., dass die Häufigkeit der Harnentleerung abnahm und das Hindernis stets mit 3 Schnitten so vollständig beseitigt wurde, dass fast völlige Entleerung später stattfand, trotzdem vorher der Residualurin 30 ccm, 120 ccm, 300 ccm, 480 ccm betragen hatte. Der Durchmesser des vergrößerten Organs wird in 4 Fällen auf 1½ Zoll angegeben. Als Anästheticum wurde stets nur geringe Menge von 4%iger Cocainlösung verwendet. **Löwenhardt** (Breslau).

---

15) **Guyon.** Des calculs de la région prostatique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XVII. Hft. 1.)

Steine in der Regio prostatica werden verhältnismäßig sehr selten beobachtet; entweder handelt es sich um wirkliche Prostatasteine oder um Steine der Pars prostatica urethrae. Erstere sind in Ausbuchtungen eingeschlossen, die mit dem prostatischen Theil der Harnröhre kommuniciren oder auch nicht; letztere haben in manchen Fällen einen Fortsatz nach der Blase zu und zeigen dadurch eine sanduhrähnliche Gestalt. Im Übrigen ist die Form und das Volumen der Prostatasteine außerordentlich verschieden. Während die in Ausbuchtungen der Prostata sitzenden Konkremente fast ausschließlich pathologisch-anatomisches Interesse haben, sind die im Prostatatheil der Harnröhre befindlichen Steine von klinischer Bedeutung. Ihre Diagnose wird durch Sondirung und Tastung gestellt. Die Entfernung der Konkremente geschieht entweder durch Lithotritie oder aber, namentlich bei größeren verästelten Steinen, von einem Dammschnitt aus. **P. Wagner** (Leipzig).

---

16) **F. Schilling.** Über methodische unblutige Erweiterung der Phimosis kleiner Knaben.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 11.)

S. hat sich des bekannten Verfahrens, die enge Vorhautöffnung mit Sonden zu erweitern oder die Vorhaut mit den Fingern über die als Keil wirkende Glans zurückzubringen, in einer Reihe schwerer Fälle von Phimosis, mit bestem Erfolg bedient und empfiehlt dasselbe erneut besonders für Fälle, wo ein blutiger Eingriff seitens der Eltern abgelehnt wird. **Kramer** (Glogau).

---

17) **Pascale.** Innesti ossei.

(Durante's Festschrift Vol. II.)

Die Versuche und histologischen Untersuchungen ergaben, dass eine gut eingepflanzte Knochenscheibe fast immer mit knöchernem Callus einheilt. Nur in einzelnen Fällen bleibt der Callus mehr oder weniger fibrös, und vereinzelt wird das Stück wie ein Metallstück

eingekapselt. An dem Frakturrand findet sich stets ein verschieden großes Stück nekrotischer Knochensubstanz. Wenn bei Trepanationen die Weichtheile die Knochenscheibe nicht berühren, so wird diese theilweise oder ganz nekrotisch. Anderenfalls bleibt die Nekrose auf den Rand der Fraktur und namentlich auf die Seite beschränkt, an der das Trauma eingewirkt hat. Der Rest aber bleibt vollkommen lebensfähig. Das neue Callusgewebe wird vom Periost und der Dura mater producirt. Die Vaskularisation und Neubildung beschränkt sich dabei nicht auf die Frakturstelle, sondern dehnt sich mehr oder weniger reichlich über die ganze Scheibe aus, an der frische Knochensubstanz entsteht, die zu der nekrotischen in ihrer Umgebung einen Gegensatz bildet. Die Knochenbildung geht nur bis zu einem bestimmten Punkt. Nicht die ganze nekrotische Substanz wird ersetzt. In der Folge macht die Scheibe das Wachsthum des Gewebes nicht mit, sondern führt auch bei jungen Thieren ein gesondertes Dasein. Die Knochenstellen der Scheibe sind nekrc‘isch, da ein großer Theil der Knochenkörperchen leer erscheint. Bei jungen Thieren geht diese Zellnekrose aber nicht durch die ganze Scheibe.

Dreyer (Köln).

---

18) **C. Ghillini.** Die Pathogenese der Knochendeformitäten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 2. Mit 14 Figuren.)

Verf. kommt in der Arbeit auf seine schon früher entwickelten Theorien und Studien über die Entstehung von Knochendeformitäten zurück. Er hat des weiteren in Gemeinschaft mit Canevazzi vom Polytechnikum in Bologna die Beziehungen dieser pathologischen Zustände und ihr Verhältnis zu den statischen Gesetzen beobachtet. Im Wesentlichen hebt er seinen Gegensatz zu Wolff's Anschauungen hervor. Die Ansicht, dass der ganze Femur mit einem Kran zu vergleichen sei, wird von ihm als ein Irrthum verworfen. Nur die obere Epiphyse könne mit einem solchen verglichen werden. In der Diaphyse und unteren Epiphyse treffe dieser Vergleich nicht mehr zu. G. erklärt also auch die Knochendeformitäten anders als Wolff und zeigt an Thierversuchen, dass er durch Reizung des Epiphysenknorpels Knochendeformitäten hervorrufen konnte, ähnlich wie bei der Rachitis. Er weist dann im Einzelnen nach, wie diese Veränderungen mit den Gesetzen der Statik übereinstimmen. Indessen sind diese Angaben für das Referat zu detaillirt und werden besser verständlich bei der Lektüre und Ansicht der Abbildungen im Original.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

19) **Cavazzani.** Nuovo processo di resezione del gomito.

(Soc. med. chir. di Pavia. Seduta del 10. März 1899.)
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 37.)

Es wird ein Querschnitt auf der Höhe der Zwischengelenkslinie vom äußeren Rand der Bicepssehne bis zur Spitze des Olekranon gemacht. Der Insertionspunkt der Muskeln am Epikondylus wird

mit dem Periost von diesem getrennt, eben so die äußere Hälfte der Tricepssehne. Diese Muskelmassen werden nach innen gezogen, das äußere Seitenband wird quer durchschnitten und die Gelenkkapsel hinten vom Olekranon bis vorn zum Processus coronoideus. Der Vorderarm wird alsdann über der Epitrochlea so weit nach innen gebeugt, dass sein Cubitalrand den inneren Rand des Oberarms berührt. Es ist diese Luxation analog der, die Kocher anwendet, um das Tibio-Tarsalgelenk zu öffnen. Die Synovialis liegt nunmehr frei und es kann sowohl eine Arthrektomie wie eine Resektion ausgeführt werden. Die Ausführung geschieht schnell und ohne viele Verletzungen.

Dreyer (Köln).

---

20) **P. Wintrebert.** Etude clinique et expérimentale de la luxation latéro-cubitale de l'auriculaire.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1899. 42 S. 3 Figg.

Verf. berichtet über einen bis jetzt, wie es scheint, einzig dastehenden Fall von seitlicher Luxation des Kleinfingers. Die Verletzung war bei Anlass eines Handgemenges vorgekommen, wobei der betreffende Finger gedreht worden sein soll.

Die Luxation war mit Verkürzung und Drehung verbunden, in der Weise, dass die Rückfläche zur Ulnarseite wurde. Der Finger war im 1. Interphalangealgelenk leicht gebeugt, im 2. gestreckt. Die Einrichtung gelang leicht unter Zug, in Hyperextension und Abduktion, verbunden mit direktem Druck auf das proximale Ende der 1. Phalanx.

An der Leiche brachte Verf. die beschriebene Luxationsform dadurch zu Stande, dass er zuerst eine unvollständige dorsale Luxation bewirkte und sodann die 1. Phalanx unter Drehung an die Ulnarseite des 5. Metatarsusköpfchens führte, sie in dieser Stellung durch Druck in der Längsachse fixirend. Für die genauere Beschreibung der anatomischen Befunde bei den Leichenversuchen muss auf das Original verwiesen werden.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

21) **H. Petersen.** Beitrag zur unblutigen Behandlung der kongenitalen Hüftverrenkungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 534.)

Die Arbeit bildet ein bedeutsames Dokument zur Litteratur der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung, da sie die Erfahrungen Schede's behandelt, die dieser mit ihr, die Methoden von Lorenz in Prüfung nehmend, an im Ganzen 124 Fällen bis März 1898 gemacht hat. Kein Chirurg, der eigene therapeutische Versuche auf diesem Gebiet machen will, darf das eingehende Studium der Mittheilung versäumen. Der reiche Inhalt derselben kann in dem folgenden Referat nur in den wichtigsten Punkten angedeutet werden.

P. erörtert 1) die von Schede geübte Art der Reposition des verrenkten Schenkelkopfs nebst den dabei beobachteten komplicirenden Nebenverletzungen, 2) die Nachbehandlung bezw. Retention der Redressementsstellung, 3) die definitiven Resultate. Der Akt der Reposition geschieht auf dem eigens zu diesem Zweck konstruirten Schede'schen Tisch, dessen Beschreibung, Abbildung und Gebrauch im Original zu ersehen ist, übrigens bereits durch Schede's Vortrag auf der Naturforscherversammlung von 1896 (cf. dieses Blatt 1896 p. 1011) ziemlich bekannt geworden ist. Schede benutzt zur Reposition außer der extendirenden Beintraktion, für die in leichten Fällen schon die Händekraft genügt, und den Handgriffen von Lorenz und Paci, in methodischer Weise die Eindrängung des herabgeholten und noch unter Extension stehenden Kopfes nach innen in die Pfannenfalte mittels Faustdruck auf den Trochanter in hebelnder Weise. Die Schede'sche Methode ist also als eine Extension mit hebelndem Druck zu bezeichnen. Die doppelseitigen Fälle werden principiell gleichzeitig auf beiden Seiten behandelt, wozu Schede's Tisch sich sehr gut eignet. Die einstweiligen Resultate der Repositionsoperation stellten sich wie folgt: 5 Misserfolge, 109 gelungene Repositionen, 10 primäre Transpositionen. Bei diesen Transpositionen ist aus der hinteren Luxation eine vordere gemacht, der Kopf steht »sub spinam« (scil. il. ant. sup.) und lateral von der Pfanne, entweder zwischen ihr und der Spina, oder noch etwas weiter nach außen und unten. Von den unerwünschten vorgekommenen Nebenverletzungen, welche sich im Ganzen, die häufigen bei der Nachbehandlung erfolgten Repositionswiederholungen mitgerechnet, auf ca. 400 Traktionen vertheilen, sind zu erwähnen: 11 Frakturen, meist bei älteren Kindern, 9 Lähmungen, eine Einreißung der Femoralvene etc. 2) Die Erhaltung der reponirten Gelenkstellung hatte sehr große Schwierigkeiten und erfordert die größte Mühe, Geduld, so wie lange Zeit. Zur Anwendung gelangt die bekannte Schede'sche Abduktionsschiene, in den meisten Fällen aber sind lange zu tragende, von Zeit zu Zeit zu erneuernde Gipsverbände in Abduktionsstellung, in welchen die Pat. zu gehen haben, nothwendig. Auch für die Eingipsung giebt Schede's Tisch ein vortreffliches Lager. Besondere Sorgfalt und mehrfach abgeänderte Technik erforderte einmal die erforderliche Einwärtsdrückung des Trochanter major (zuletzt mittels sog. Gipspelottenverbands erstrebt), und zweitens die Auswärtsrotationsstellung der abducirten Beine, die bekämpft werden musste. Zu diesem Zweck gelangt eine »Rotationsschiene« zur Anwendung, welche, in die Gipshose eingelassen, unten an einen Schienenschuh befestigt wird und durch eine Kantenbiegung das Bein nach vorn und innen zu rotiren geeignet ist. Nachts wird sie durch eine zum Schnüren eingerichtete Hülsenschiene ersetzt. Doppelseitig eingegipste Kinder erhalten zum Sitzen eine Art Reitbock. Dieser, so wie die erwähnten verschiedenen Schienen werden durch mehrere Abbildungen veranschaulicht.

Was 3) die definitiv erreichten Resultate betrifft, so sind dieselben im Ganzen doch recht bedeutend hinter den ersten durch die Lorenz'schen Mittheilungen angeregten Erwartungen zurückgeblieben. So oft anscheinend eine Reposition in die Pfanne gelungen war, so selten war eine solche zu erhalten, und eine »Transposition« war das bei Weitem häufigere Endresultat. Von den Einzelheiten der statistischen Zählungen kann hier das Wichtigste wiedergegeben werden. Von den ursprünglichen 124 Fällen kommen die 5 irreponibel gebliebenen, ferner 6, die sich der Behandlung vorzeitig entzogen in Fortfall, so dass 113 verbleiben. Sie werden in folgende Gruppen getheilt:

I. Der Kopf steht in Normalstellung, bezw. in einer subspinösen Stellung so fest, dass seit kürzerer oder längerer Zeit kein Verband mehr getragen wird	6 Fälle	(einseitig).
II. 1) Die Schenkelköpfe lassen sich ohne besondere Schwierigkeit am Pfannenort oder unmittelbar daneben halten. Ziemlich gute Festigkeit. Doch ist völliges Weglassen der Schutzverbände noch nicht riskirt	23 »	(14 eins., 8 beiders.). ? Ref.
2) Fälle mit gestörtem Verlauf (Reluxation, Außenrotation), wo aber die Hoffnung auf Fixation im Pfannenort oder dessen Nähe noch nicht aufgegeben ist	26 »	(20 eins., 6 beiders.).
III. 1) Die Festhaltung der Normalstellung misslang, statt dessen wurde eine feste Transposition erzielt, bezw. wird noch auf solche hingearbeitet .	49 »	(19 eins., 30 beiders.).
2) Die Fälle von primärer Transposition (s. o.), welche größentheils eine recht gute Festigkeit erreicht haben .	10 »	(3 eins., 7 beiders.).
	114 Fälle	(? Ref.)

Im Ganzen sind als mit einer gewissen Reserve geheilt zu bezeichnen 43 Fälle, und zwar 13 restituirt, 30 transponirt. Diese Fälle sind auf 102 Pat. zu verrechnen, da von den im Ganzen gezählten 113 11 abzuzählen sind, die noch zu kurze Zeit, nämlich weniger als $^1/_2$ Jahr lang, in Behandlung stehen. (Das Maximum der Behandlungs- resp. Beobachtungsdauer beträgt $2^1/_4$ Jahr.) Röntgenaufnahmen zeigen, dass an den kranken Hüften eine ordentliche Pfannenaustiefung nur in verhältnismäßig sehr seltenen Fällen vorhanden ist. Dies und der Umstand, dass bei der Nachbehandlung die oft eintretende Auswärtsrotationsstellung des Beines die Retention des anscheinend redressirten Kopfes vereitelt, weisen darauf hin,

einmal, dass von vorn herein öfters eine primäre möglichst günstige Transpositionsstellung aktiv und methodisch anzustreben ist und zweitens, dass bei der Nachbehandlung von einwärts rotirten Beinstellungen wird Gebrauch gemacht werden müssen. Außerdem sind wir belehrt, dass die Dauer der Behandlung ungleich mehr Zeit in Anspruch nimmt, als man anfänglich hoffte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

22) W. A. Oppel. Zum Mechanismus und zur Klassifikation der Brüche des Beckenrings.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 1 u. 2.)

Nach sorgfältigem Studium der Litteratur schlägt O. folgende Klassifikation der vertikalen Beckenringfrakturen vor:

I. Doppelte vertikale symmetrische Fraktur (d. h. des vorderen und hinteren Schenkels der Halbringe nach der Beschreibung Katzenelson's).

1) Fraktur der Vorderschenkel an typischer Stelle; Bruchlinie von vorn innen nach hinten außen (Féré); doppelte vertikale Fraktur des Kreuzbeins längs der Sacralöffnungen; Ursache: Fall auf beide Sitzbeinhöcker (Féré).

2) Dieselbe Form der Fraktur:

a. durch Kraftwirkung: von vorn nach hinten,

b. von hinten nach vorn (Messerer, Kusmin).

3) Fraktur der Vorderschenkel an typischer Stelle, beiderseitige Quetschfraktur des Kreuzbeins (Kusmin); durch Zusammenpressen des Beckens in frontaler Richtung.

II. Doppelte vertikale halbsymmetrische Fraktur (symmetrische Fraktur der Vorderschenkel, einseitige Fraktur eines Hinterschenkels).

1) Fraktur der Vorderschenkel an typischer Stelle, Fraktur hinten längs der Sacralöffnungen; Kraftwirkung von vorn nach hinten.

2) Fraktur hinten wie bei 1, Fraktur beider Vorderschenkel, Richtung der Bruchlinien von vorn innen nach hinten außen; Fall auf einen Sitzbeinhöcker (Féré).

3) Fraktur der Vorderschenkel wie bei 2; einseitiger Bruch des Kreuzbeins; seitliches Zusammenpressen des Beckens; Kraftwirkung auf den Vordertheil des Darmbeinkamms.

4) Fraktur der Vorderschenkel an typischer Stelle, des Kreuzbeins durch schräge Gewalteinwirkung.

5) Dieselbe Fraktur der Vorderschenkel, einseitige Quetschfraktur des Kreuzbeins; durch Zusammenpressen des Beckens in frontaler Richtung (Kusmin, Areilza).

6) Dieselbe Fraktur der Vorderschenkel, einseitige Fraktur des Hintertheils des Darmbeins; durch seitliches Zusammenpressen des Beckens.

III. Einseitige doppelte vertikale Fraktur.

1) Vorn an typischer Stelle, hinten wie I 2b; durch seitliches Zusammenpressen (Malgaigne's klassische Fraktur).

2) Vorn eben so; hinten Quetschfraktur des Sacrum; durch seitliches Zusammendrücken.

3) Vorn eben so; hinten Bruch längs der Sacralöffnungen; durch seitliches Zusammendrücken.

4) wie 3); durch Fall auf den Sitzbeinhöcker.

IV. a. Symmetrische vordere vertikale Fraktur: Bruch beider Vorderschenkel an typischen Stellen, Gewalteinwirkung von vorn nach hinten (Kusmin).

b. Symmetrische hintere vertikale Fraktur: längs der Sacrallöcher; durch Fall auf die Sitzbeinhöcker.

V. Einseitige vertikale Fraktur vorn oder hinten.

Es folgt die Beschreibung zweier Fälle, die beide zu Gruppe II, 4 gehören und von denen der erste geheilt wurde; endlich eines Beckenpräparats mit komplicirter Entstehung: wohl III, 4 und gleichzeitig V auf der anderen Seite vorn. An der Hand dieser Fälle versucht O. die Nothwendigkeit seiner Eintheilung für diagnostische und forensische Zwecke zu beweisen. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

23) **Hofmann.** Exartikulation nach Chopart mit Erhaltung der Zehen. (Aus der chirurg. Abtheilung des St. Marienhospitals in Bonn. Dirigirender Arzt Prof. Dr. Witzel.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 1.)

Die von Witzel angewandte Methode gestaltete sich folgendermaßen:

Schnitt sofort durch sämmtliche Weichtheile von der Tuberositas ossis navicularis quer über den Fußrücken bis zur Tuberositas metatarsi quinti; von den Endpunkten je ein Längsschnitt am äußeren und am inneren Fußrand in der Richtung auf die Zehen bis über die erkrankte Partie hinaus und Verbinden der beiden Endpunkte durch einen dorsalen Querschnitt. Auf diese Weise ist ein viereckiger, die erkrankten Knochen deckender Weichtheillappen umschnitten, in dem in der Regel auch die Fistelöffnungen liegen; Exartikulation nach Chopart und Lösung der plantaren Weichtheile; queres Durchsägen des Metatarsus bezw. Exartikulation in den Metatarso-phalangealgelenken. Zu unterbinden ist die Arteria dorsalis pedis und der Ramus communicans des Arcus plantaris im linken Interstitium interosseum metatarseum. Nach der Fußsohle Einlegen zweier kleiner Glasdrains. Der sich an der Plantarseite bildende starke quere Weichtheilwulst schrumpft in einigen Wochen; Drahtnaht der Hautwundränder; fixirender Verband von 4 Wochen Dauer und frühzeitige Gehübungen folgen.

Die Methode soll eine typische Retraktionsform für den vorderen Abschnitt des Fußes abgeben bei Gesundheit des Chopart'schen Gelenks und Nichterkrankung der Zehen.

Als Vorzug preist H. die Umschneidung der Weichtheile im Gesunden. Die Beweglichkeit des Fußgelenks ist eine eben so aus-

giebige wie bei jeder anderen dorsalen Schnittführung. Auf eine aktive Streckung der Sehnen wird natürlich vollständig verzichtet.

Man erhält einen gut geformten, wenn auch stark verkürzten Fuß ohne jede Fußwölbung.

In allen Fällen trat in 8—10 Wochen fistellose Ausheilung mit guter Gehfähigkeit ein ohne Spitzfußstellung. 2 Pat. gehörten dem höheren Alter an.

Die Methode, die entschieden nachgeahmt zu werden verdient, lässt sich auch zur Beseitigung größerer Weichtheildefekte auf dem Fußrücken verwenden. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

---

24) **P. Tichow.** Über die Resektion des Talocruralgelenks mit Entfernung des Talus bei Tuberkulose.

Diss., Kasan, 1897. 171 S. 2 Taf. [Russisch.]

Das Studium der Litteratur, so wie 11 Operationen der Kasaner Klinik führen T. zu folgendem Schluss: Der Talus ist ein besonders schlecht genährter Knochen, da sein größter Theil mit Knorpel bedeckt ist. Die Entfernung des Talus giebt breiten Zugang zum ganzen Gelenk. Bei der Tuberkulose des Gelenks ist der Talus ein Lieblingssitz der Affektion. Es giebt sehr viele Resektionsmethoden für dieses Gelenk. Klinisch bietet die Resektion mit Entfernung des Talus folgende Vortheile: sie giebt in vielen Fällen radikale Heilung, gute Funktionsfähigkeit und sogar ein bewegliches Gelenk — das Calcaneus-Cruralgelenk. Nach Entfernung des Talus rückt der Calcaneus nach oben zwischen die Knöchel, das Kahnbein nach hinten. — So muss also die Resektion nach Ollier's Princip — mit Entfernung des Talus — eine Hauptstelle unter den anderen Operationen zu diesem Zweck einnehmen. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

25) **Thiele.** Über Frakturen der Metatarsalknochen durch indirekte Gewalt (die Ursache der sog. Fußgeschwulst).

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 10.)

T. beobachtete in $3^1/_2$ Jahren bei einem Bataillon 17 Fälle von »Fußgeschwulst« (Anschwellung der Mittelfußgegend), bei denen er auf Grund des klinischen Befunds und des Verlaufs die Diagnose auf Bruch eines Mittelfußknochens stellte; die Diagnose wurde in 15 Fällen, die röntgographirt wurden, dadurch bestätigt, dass eine deutlich umschriebene rundliche oder spindelförmige Callusbildung an den Stellen sich zeigte, welche nach dem klinischen Befund als Bruchstelle angesprochen war. Alle Leute wurden wieder vollständig dienstfähig.

Der Callus saß meist am 2. und 3. Metatarsalknochen.

Die Ursache des Frakturschmerzes wurde sehr verschieden angegeben. T. sieht den Grund in einer Überlastung der 3 mittleren Knochen bei bestimmten oft plötzlichen Bewegungen, beim Aufsetzen

der Füße mit parallelen inneren Rändern, beim Treten auf einen Stein, der dabei als Drehpunkt dient.

Auch im bürgerlichen Leben wurde die Affektion, die früher häufig für Periostitis gehalten zu sein scheint, beobachtet.

Das Ergebnis seiner Beobachtungen fasst T. dahin zusammen, dass

1) die Brüche der Metatarsalknochen durch indirekte Gewalt sehr viel häufiger sind, als man bisher annahm, dass

2) der »Fußgeschwulst« immer ein Bruch oder wenigstens eine Infraktion eines Metatarsalknochens zu Grunde liegt.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

26) **W. N. Schewkunenko.** Zur Anatomie des angeborenen Klumpfußes.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 2.)

S. untersuchte 12 Präparate, 4 veraltete Klumpfüße und 8 bei Neugeborenen und schildert in Wort und Bild die anatomischen Veränderungen der einzelnen Theile. Für die operative Behandlung ist der Umstand wichtig, dass auf der Dorsalseite des Fußes die Muskeln aus einander weichen — die Peronei nach hinten, die Extensores digitorum et hallucis nach innen —; so bleibt die Mitte des Fußrückens breit offen und leicht zugänglich zur Bloßlegung des Talus und Calcaneus. Auf Grund der Untersuchungen über den Bau des Klumpfußes kommt Verf. zum Schluss, dass die Form des Keils bei der Operation folgende sein muss: die Basis liegt am äußeren Fußrand, die Kuppe auf dem Tuberculum ossis navicularis, endlich wird der Keil in der Richtung zur Fußsohle dünner, um die Beugung zu vernichten. — Zur Redression des Equinus und der Supination muss der Talus resecirt oder dessen Form nach Nélaton umgeändert werden, und dann die Durchschneidung der Achillessehne folgen. — Die Arbeit ist wegen der vielen anatomischen Details in einem kurzen Referat nicht wiederzugeben. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

Kleinere Mittheilungen.

27) **A. Costiniu** (Bukarest). Die Erfolge der arsenigen Säure in der Behandlung der verschiedenen Spielarten des Krebses.

(Revista de chirurgie [Bukarest] Vol. III. Fasc. 1 u. 2.)

2 Fälle von Nasen-, 1 Brust- und 2 Gebärmutterkrebsen; die ersten 2 Pat. sind geheilt, der 3. gebessert, die letzten 2 starben. In allen Fällen verschwand nach Anwendung der arsenigen Säure in 2%iger bis 1 : 300 Lösung der schlechte Geruch; Epithelialkrebse werden geheilt. **Hârsu** (Bukarest).

28) **B. Natoli.** Un caso di tetano traumatico guarito col metodo Baccelli.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 43.)

Der Tetanus brach bei der 58jährigen Frau 14 Tage nach erfolgter Infektion aus, und die Behandlung begann 3 Tage darauf. Es wurden in 18 Tagen 175 Injektionen einer 3%igen Karbollösung gemacht. Die geringste Dosis betrug 9 cg,

die größte 54. Im Ganzen wurde 5,25 g Karbolsäure injicirt. Nebenbei wurden symptomatisch Chloralhydrat, Bromkali und spärlich Morphium gebraucht. Schon bei den ersten Injektionen besserten sich die Symptome so, dass die Pat. selbst nach den Injektionen verlangte. Als einmal 2 Tage ausgesetzt wurde, trat sofort Verschlimmerung ein. Niemals bestand Erbrechen oder charakteristischer Athem wie bei Karbolvergiftung. **Dreyer** (Köln).

29) **P. Sendler** (Magdeburg). Über Indikationen und Resultate chirurgischer Eingriffe bei Erkrankungen der Nieren.

(Münchener klin. Wochenschrift 1899. No. 5 u. 6.)

Die Abhandlung stützt sich auf das große Material von 50 durch S. wegen der verschiedenartigsten Nierenleiden ausgeführten Operationen, unter denen sich, dem konservativen Standpunkt Verf. entsprechend, indess nur 7 Fälle von Nephrektomie finden. Letztere wurde bei 2 Fällen von Nierentuberkulose nach primärer Nephrotomie (geheilt), ferner in 1 Falle dieser Krankheit primär († in Folge von Atheromcystendegeneration der anderen normal großen und als gesund vermutheten Niere), in 1 Falle von Pyonephrolithiasis nach primärer Nephrotomie (geheilt) und in 3 Fällen von bösartigen Neubildungen (geheilt; Tod $1/4$—$3/4$ Jahr an Recidiv, bezw. Metastasen) vorgenommen. Die Nierenanheftung kam bei 7 Pat. (1mal kombinirt mit Splenopexie) zur Anwendung und ergab anscheinend gute Resultate. Die übrigen chirurgischen Eingriffe betrafen 14 Nephrotomien bei Niereneiterung (7 glatt, 5 nach mehrfachen Nachoperationen geheilt, 2 sekundär nephrektomirt), 2 Nephrolithotomien, die in 1 Falle an beiden Nieren mit Erfolg gemacht wurden, 1 Hydronephrosenoperation, die in ausgedehnter Resektion des mit der Umgebung weit und fest verwachsenen Sackes bestand, 1 Echinococcusoperation (geheilt durch Incision und Drainage), 1 Ausschneidung der Nierenkapsel wegen Lipom etc. und hatten in keinem Falle tödlichen Ausgang zur Folge. Wegen Verletzungen der Niere, von denen S. nur einen bei abwartender Behandlung günstig verlaufenen Fall beobachtet hat, und wegen Harnleiterfisteln, die ihm bisher nicht zugegangen, hat Verf. nicht zu operiren gehabt. Aus dieser Statistik ergiebt sich S.'s Standpunkt bezüglich der Indikationen der Nephrektomie von selbst; letztere stimmen somit in der Hauptsache mit den von Czerny aufgestellten überein. — Was die von ihm gewählten Methoden zur Freilegung der Niere betrifft, so hat S. nur 1mal die transperitoneale — bei dem der vorderen Bauchwand anliegenden Echinococcussack — in Anwendung gezogen, sonst stets die extraperitoneale, lumbale bevorzugt. Er hält erstere wegen ihrer mannigfachen Nachtheile überhaupt nur in Fällen dunklen Krankheitsbildes und von großen, nach der vorderen Bauchwand zu entwickelten Geschwülsten und Hydronephrosensäcken der Wandernieren indicirt, bei allen anderen Affektionen extraperitoneale Methode für das Normalverfahren. **Kramer** (Glogau).

30) **F. Roche.** Du rein polykystique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1898. No. 11.)

R. theilt 2 eigene Beobachtungen von cystischer Nierendegeneration mit, deren Diagnose erst bei der Autopsie gestellt werden konnte, da während des Lebens kein Symptom auf diese Erkrankung hinwies. In beiden Fällen waren auch die klinischen Erscheinungen verschieden. Bei dem einen Kranken — 63jähriger Mann —, wo die klinische Diagnose auf Bright'sche Niere lautete, war hauptsächlich die linke Niere ergriffen. Bei dem anderen Kranken — 36jähriger Mann — bestand seit mehreren Jahren eine Harnröhrenstriktur; 14 Tage nach der inneren Urethrotomie mittels Elektrolyse ging Pat. im Koma zu Grunde. Die Sektion ergab eine doppelseitige cystöse Nierendegeneration.

Über die Pathogenese der cystösen Nierendegeneration sind die Ansichten noch sehr getheilt; Verf. neigt auf Grund seiner Beobachtungen zu der Annahme einer interstitiellen Nephro-Papillitis, die zu einer Obliteration der Sammelröhrchen und schließlich zu Cystenbildung führt.

Die Symptome der Erkrankung sind unbestimmt und in keiner Weise charakteristisch. Beim Vorhandensein einer Nierengeschwulst, zeitweiser Hämaturie, lumbalen Schmerzen, Albuminurie wird man an das Vorhandensein einer cystösen Nierendegeneration denken können, aber auch nur erst dann, wenn man alle die anderen Nierenaffektionen, Krebs, Tuberkulose, Steine etc., mit mehr oder weniger Sicherheit ausgeschlossen hat.

Dass die Prognose ungünstig ist, versteht sich bei der Natur des Leidens von selbst. Häufig genügen kleine Anstöße, um rasch das tödliche Ende herbeizuführen.

Die Therapie ist machtlos; namentlich operative Eingriffe sind streng verpönt.

P. Wagner (Leipzig).

31) **Babacci.** Di un calcolo migrato dal rene.

(Durante's Festschrift.)

Eine 30jährige Magd wurde vor 7 Jahren wegen eines Abscesses der linken Seite operirt. Die damals schnell geheilte Wunde öffnete sich vor 3 Jahren wieder. Sie führte senkrecht auf die Niere. Drückte man auf den Leib, so entleerte sich Eiter aus der Fistel. Dieselbe schloss sich durch Drainage, häufige Spülungen und Injektion von Jodtinktur. Jetzt ist nach einem Trauma eine Fistel am Darmbein aufgetreten. Eine nunmehr bewilligte Operation führte auf einen Stein unter dem Quadratus lumborum, der eine Hülle von Phosphaten und kohlensauren Salzen hatte, aber einen Kern von Oxalaten und Uraten enthielt. »Das umgebende Gewebe«, schreibt B., »erinnerte durch seinen Anblick an Rindensubstanz der Niere.«

Dreyer (Köln).

32) **N. Racoviceanu-Pitesti** (Bukarest). Ein Fall von Uretero-Cysto-Neostomie.

(Revista de chir. [Bukarest] 1899. No. 1 u. 2.)

Verf. ist für das extraperitoneale Verfahren, obwohl es schwieriger ist und bedeutende Blutungen verursachen kann. Der Fall betrifft eine 40jährige Pat., der am 29. Mai 1898 wegen Krebs eine vaginale Hysterektomie gemacht wurde; sie kommt am 8. Oktober wieder mit einer Harnleiter-Scheidenfistel. Einpflanzung des Harnleiters in die Blase. Eine 35 g schwere, 18 cm lange und 12 cm breite Kompresse, bei der Operation in der Wunde zurückgelassen, ist nach 15 Tagen entfernt worden. Heilung. **Hârsu** (Bukarest).

33) **A. A. Ssokolow.** Uretero-Cysto-Neostomie.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. März. [Russisch.])

Die Uretero-Uterinfistel bildete sich nach schwerer Geburt (Kranioklasie). Ein Jahr später machte S. die Operation. Hautschnitt halbmondförmig von der Symphyse durch den linken Rectus nach links, dann nach oben; so kam S. gleich auf den Harnleiter. Letzterer wurde isolirt, unten abgebunden und durchschnitten; nach Witzel nähte ihn S. schräg in die Blasenwand ein. Am 3. Tage wurde der Harnleiterkatheter ausgestoßen; der Blasenkatheter wurde erst am 15. Tage entfernt. Heilung. — S. spricht sich für die intraperitoneale Operation und Einnähung nach Witzel aus; die Operation selbst ist nicht schwer und ersetzt vollständig die früher in solchen Fällen geübte Nephrektomie.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

34) **J. C. Dzirne.** Über Indikationen und Kontraindikationen zur primären Blasennaht nach Sectio alta. 9 Fälle von hohem Blasenschnitt.

(Wratsch 1898. No. 48. [Russisch.])

D. zieht den Medianschnitt vor und machte denselben etwa 150mal; von 9 hohen Schnitten wurden 3 genäht (2reihige Naht), doch alle 3 misslangen: die Naht hielt nicht. — Nach D. eignet sich die Naht nur für Fälle mit normalem Harn; die beste Nahtmethode ist von Rasumowski angegeben (Befestigung der

Blase an die Bauchwand. Die meisten Chirurgen der Gegenwart operiren ohne Naht. Bei Blasennaht sterben 5%, ohne dieselbe weniger. Offen behandelte Fälle heilen nach 32 Tagen, bei misslungener Naht nach 36, bei erfolgreicher nach 8 Tagen. Heilung per primam wird in 54% der genähten Fälle beobachtet.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

35) **A. D. Bierstein.** Zur Kasuistik der Sectio alta mit Blasennaht.

(Wratsch 1899. No. 11 u. 12. [Russisch.])

23 Fälle, Pat. 3—21 Jahre alt, einer 42 Jahre. 18mal wurde die Blase genäht, 4—7 Knopfnähte; 5mal offene Behandlung, davon starb 1 Pat., der schon vor der Operation sehr heruntergekommen war und bei dem die Nieren mitbetheiligt waren. Die Blase wurde nicht an die Bauchwand befestigt; Verweilkatheter für 2—3 Tage in 16 Fällen. Mittere Heilungsdauer in den genähten Fällen 11 bis 13 Tage, in den offen behandelten 31 Tage. 3mal hielt die Naht nicht. Den Verweilkatheter hält B. nicht für nothwendig.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

36) **E. v. Meyer.** Ein Fall von Blasen-Nabelfistel beim Erwachsenen. Heilung durch Resektion des Blasenscheitels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 599.)

v. M.'s Pat., früher gesund und frei von Urinentleerungsstörungen, erkrankte während seiner Militärdienstzeit, 23 Jahre alt, an Abgang von Urin durch den Nabel, eine Erscheinung, die seitdem dauernd blieb, auch durch Blasenkatarrh und Ekzem um den Nabel komplicirt wurde. Im Alter von 28 Jahren wurde er vom Verf. operirt. Die Blase war von der Nabelfistel aus leicht sondirbar, und wurde ein offengebliebener Urachus angenommen. Indess zeigte die Operation, dass der Verbindungsgang zwischen Nabel und dem Blasengrund nicht, wie man bei einer Urachusanomalie hätte erwarten müssen, extra- bezw. properitoneal verlief; vielmehr wurde die Bauchhöhle frei eröffnet, und es fand sich frei durch diese verlaufend der obere Blasentheil als langer, trichterförmiger Schlauch nach dem Nabel zu hingezogen, hier fixirt und sich fistulös öffnend. Der Operateur excidirte den Nabel einschließlich seiner Fistel und resecirte, nach Anlegung eines Kompressoriums um die Blase, deren abnormen Scheitel, worauf die Naht des Stumpfes, Deckung der Naht durch einen abgelösten Bauchfelllappen, Versenkung der Blase und Bauchwundnaht folgte. Glatte und vollständige Heilung. Die vorgefundenen topographischen Verhältnisse werden durch 2 kleine Skizzen verdeutlicht.

In einer kurzen Epikrise der interessanten Beobachtung sucht Verf. dieselbe als einen unvollkommenen Fall von Blasenspalte (Ectopia vesicae) zu interpretiren. Sicher war die Anomalie eine angeborene und die Nabel-Blasenöffnung zunächst obliterirt. Erst die Strapazen beim Militärdienst mögen zur Sprengung des Fistelschlusses am Nabel geführt haben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **Harris** (Chicago). A new device for obtaining the urine separately from the two kidneys in either sex.

(Sep.-Abdr. aus Medicine 1898. April.)

38) **Derselbe.** Instrumental examination of the bladder in the diagnosis of cystitis in the female.

(Sep.-Abdr. aus Amer. gyn. and obstetr. journ. 1899. Januar.)

H. bedient sich zur gesonderten Auffangung des Harns aus jedem Harnleiter eines neu erdachten Instruments. Dasselbe besteht im Wesentlichen aus 2 dünnen Metallkathetern von halbkreisförmigem Querschnitt, die drehbar theilweise in einem runden Mantel von gewöhnlichem Katheterkaliber stecken. Nach Einführung werden die Schnäbel gegenüber den Harnleiteröffnungen gebracht. Am Pavillonende des Mantels ist ein schwach sichelförmig am Ende gekrümmter Hebel mit kräftigem Handgriff federnd eingelenkt. Das gebogene Ende wird mit der Konvexität nach vorn in den After resp. beim Weib in die Scheide eingeführt.

Durch festen Druck auf den Handgriff erhebt der Schnabel die mittlere Partie des Trigonum zu einer Falte, die sich zwischen die Katheterschnäbel so einpresst, dass jedem Röhrchen nur der Harn seines Harnleiters zugeleitet wird. Im Pavillon wird derselbe abgesaugt in eine Woulff'sche Flasche, während eine 2. Bohrung Einspülungen erlaubt. Das Instrument soll leicht zu handhaben sein.

Im 2. Aufsatz wird über einen Fall von rechtsseitiger Nierenerkrankung berichtet, wo dieser »Segregator« die Differentialdiagnose gestattete. Der Apparat soll neben Cystoskop und Ureteroskop benutzt werden, da einfach in der Anwendung. **Roesing** (Hamburg).

39) **Garbarini.** I tumori teratoidi del testicolo.

(Morgagni 1899. Part. I. No. 3.)

Verf. berichtet aus der propädeutischen chirurgischen Klinik des Prof. Ferrari in Parma über 3 Teratome des Hodens. Er schließt sich den Ansichten von Wilms über diese Geschwülste an und stellt fest, dass die Gewebe sämmtlicher 3 Keimblätter an ihrer Bildung Theil nehmen und sich wie in einem Embryo regelmäßig entwickeln. Es ist desshalb die Bezeichnung embryoide Geschwülste nach Wilms ganz gerechtfertigt. Verf. spricht über die pathogenetische Entstehung der Geschwülste aus einer Eizelle oder einer Samenzelle, ohne zu einem Schluss zu gelangen. Es handelt sich um gutartige Geschwülste, die jedoch, wie ein Fall des Verf. zeigt, aus unbekannten Gründen carcinomatös degeneriren können. **Dreyer** (Köln).

40) **Giordano.** Sopra un caso di neoplasma del testicolo.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 16.)

Ein 63 Jahre alter Bauer, der keine Zeichen von Syphilis darbietet, und aus dessen Anamnese nur 2 Aborte seiner Frau erwähnenswerth sind, hatte vor 5 Jahren an einer Geschwulst des rechten Hodens gelitten, wesshalb der letztere exstirpirt wurde. Die Natur der Geschwulst ist unbekannt. 2 Jahre später schwillt auch der linke Hoden an und hat jetzt das Volumen eines ausgetragenen Kindskopfes und die Form eines Straußeneies. Kleine Höcker und Depressionen finden sich an der sonst glatten Geschwulst. Dieselbe ist hinten hart, vorn etwas weicher, absolut schmerzlos, nicht durchscheinend. Die Länge beträgt 22 cm, der größte Umfang 35 cm. Gleichzeitig besteht ein Leistenbruch links. Der linke Prostatalappen ist atrophisch, der rechte hypertrophisch. Die Facultas coeundi ging mit dem Entstehen der linksseitigen Hodengeschwulst verloren. Letztere wird exstirpirt und gleichzeitig die Hernie operirt. Der Kranke ist geheilt. Die Geschwulst besteht aus großen Rundzellen, denen ein feines Intercellulargerüst zu Grunde liegt. Karyokinesen und Riesenzellen fehlen. Dagegen ist eine ausgedehnte Verkäsung vorhanden. Es handelt sich mit Rücksicht auf die Anamnese wahrscheinlich um ein Sarcoma syphiliticum tardivum, das von einem echten Sarkom histologisch kaum zu unterscheiden ist.

Bemerkenswerth erscheint auch die Atrophie des linken Prostatalappens nach Kastration der rechten Seite, ein Befund, der den geltend gemachten Theorien widerspricht. **Dreyer** (Köln).

41) **E. Pagenstecher.** Beiträge zu den Extremitätenmissbildungen. I. Defekte an der oberen Extremität.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 427.)

P. publicirt eine ein 17jähriges Mädchen betreffende Beobachtung, die namentlich durch die Resultate der vorgenommenen Röntgenaufnahme an den abnormen Gliedern Interesse hat. Die Pat. zeigte rechts eine häufig vorkommende Anomalie: einen Defekt des Vorderarms, dabei aber eine aus 2 dreigliedrigen Fingern bestehende rudimentäre Hand, wie sie bei Radiusdefekten vorzukommen pflegt. Der linke Arm besteht aus einer solitären, Ober- und Unterarm repräsentirenden Knochenstange, welche einen Daumen und 2 dreigliedrige Finger trägt. Hier fehlt also der »ulnare Strahl«. Das Röntgenbild zeigt eine völlige Verschmelzung von Humerus und Radius ohne jede Unterbrechung. Insbesondere fehlt an der Ell-

bogengegend jede Spur einer Epiphyse, und P. nimmt an, dass die Epiphysen bei der Entwicklung gar nicht angelegt wurden und so die beiderseitigen Diaphysen direkt zusammenwuchsen. Die Zeit der Entwicklungsstörung muss in die 3. bis 5. Woche verlegt werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

42) **R. Froelich** (Nancy). De l'épaule ballante chez l'enfant.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1899. p. 49.)

Verf. hat in 2 Fällen von hochgradigem, paralytischem Schlottergelenk der Schulter einen von ihm konstruirten Apparat mit gutem funktionellen Erfolg tragen lassen: Derselbe besteht aus einer nach der Form der Schulter modellirten Lederplatte, die durch 2 Bänder nach der gesunden Achsel befestigt ist. An der Stelle des Akromion steht diese Platte in fester Verbindung mit einer Lederhülse, die den Oberarm umfasst.

Von den sonst angegebenen Apparaten nennt Verf. nur den von Schüssler (Berliner klin. Wochenschrift 1887 No. 33), den er für gleichwerthig hält.

Die von Billroth, Collin und Tiemann angegebenen Apparate (s. Hoffa, Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie 1898 p. 483) ähneln dem F.'schen. Besonders der Apparat Collin's scheint eben so leicht und einfach zu sein.

Göppert (Breslau).

43) **O. v. Ley.** Ein Fall von traumatischer Erkrankung des Darmbeins.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 2.)

v. L. beobachtete einen Fall von Erkrankung des Darmbeins und der zugehörigen Synchondrosenverbindung mit dem Kreuzbein, bei welchem sich ein Symptomenkomplex entwickelte, der auffallende Ähnlichkeit in Bezug auf Entstehung, Entwicklung und klinischen Verlauf des Leidens mit der »Kümmell«schen traumatischen Wirbelsäulenerkrankung zeigte.

Die diesbezüglich mitgetheilte Krankengeschichte — Pat. war $1/2$ Jahr ohne Erfolg in Behandlung und bot auch einen Lungenkatarrh dar — würde freilich den Verdacht auf Tuberkulose nicht ausschließen, wenn nicht das Operationsergebnis (Resektion des obersten Theils der Synchondrose und eines Theils des Os ilei) dies ausgeschlossen und eine abnorme Weichheit des Knochens, der echten Osteomalakie ähnlich, ergeben hätte. Dass ein osteomalakischer Process vorlag, wurde auch durch die Färbung der osteoiden Randzone bewiesen.

Neben der Knochenerkrankung bestanden in des Verf. Fall nervöse Erscheinungen, die derselbe auf eine Erkrankung im unteren Rückenmarksabschnitt bezog.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

44) **Neuschäfer.** Fall von Abreißung eines großen Stücks des Fersenbeins.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 605.)

Obige Verletzung hatte eine 58jährige, ziemlich schwere Frau erworben, als sie, einen schweren Wäschekorb tragend, in eine Grube fehltrat, abrutschte und umstürzte. Der abgesprengte Hackentheil des Fersenbeins war nach oben dislocirt und drohte hier als höchst schmerzhafte »Geschwulst« die Haut zu perforiren. Da eine Achillotenotomie zur Reposition nicht genügte, Incision, welche zeigte, dass weit über $1/3$ des Calcaneus von hinten oben nach vorn unten ziemlich glatt abgesprengt war. Das Bruchstück war oben noch im Zusammenhang mit dem Stumpf des Calcaneus, nach der Sohle zu ganz gelöst und durch die Achillessehne nach oben gezogen, so dass seine Bruchfläche direkt nach unten sah. Reposition, Knochennaht mit Katgut, völlige Heilung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. Sonnabend, den 24. Juni. 1899.

(Aus der orthopädischen Heilanstalt des Dr. med. A. Schanz in Dresden.)

I. Zu den Klumpfufsoperationen.

Von

Dr. A. Schanz.

Als Orthopäd hat man verhältnismäßig oft Gelegenheit, Klumpfußpatienten zu sehen, bei denen die ausgeführte Operation, trotzdem sie von bewährter Hand gemacht ist, nicht den gewünschten Effekt gehabt hat. Die Pat. treten zwar mit der Sohle auf, die Spitzfußstellung ist beseitigt, aber der Vorderfuß steht noch adducirt, der ganze Fuß ist zu kurz, die Ferse prominirt nicht nach hinten. Das Bild ist jedem Chirurgen bekannt, ich brauche es darum nicht weiter zu beschreiben. Wie häufig solche halbe Erfolge sind, beweisen die immer wiederkehrenden Empfehlungen neuer Schienen zur Nachbehandlung der Klumpfußoperationen.

Diese halben Erfolge sehen wir nach allen heute gebräuchlichen Operationsmethoden. Sie müssen sich also aus einem ihnen allen gemeinsamen Fehler ergeben.

Allen diesen Methoden (König, Wolff, Phelps, Lorenz) gemeinsam ist die Achillotomie, welche als Vorakt oder als Theil der Operation (Lorenz) ausgeführt wird. Durch die Achillotomie

beraubt man sich aber bei der Klumpfußredression des allerbesten Hilfsmittels, die Fußsohle auszurollen. So lange man bei der Redression die Achillessehne stehen lässt, tritt die Ferse beim Herumdrehen des Fußes sogar scharf hervor, der innere Rand der Fußsohle spannt sich straff, der Fuß hat seine normale Längenausdehnung. Allerdings ist er noch Spitzfuß. Durchschneidet man jetzt die Achillessehne, so stellt sich der Fuß in rechte Winkelstellung. Die hervorragende Ferse aber verschwindet, die Sohle ist nicht mehr so straff gespannt, der Fuß ist wieder zu kurz.

Diese Erscheinung ist die Folge davon, dass das Fersenbein nicht mehr zurückgehalten wird und wieder in die falsche Stellung zu dem übrigen Fußskelett zurückkehrt. Die Elasticität der Weichtheile, die besondere Konfiguration der Knochen und Gelenkflächen sind dabei die wirksamen Kräfte. Der Verband ist nicht im Stande, dagegen anzukämpfen; das Fersenbein steckt viel zu tief und giebt vor Allem bei Kindern keinen genügenden Angriffspunkt auch für einen ganz knapp anliegenden Gipsverband.

Die Resultate sind dann jene halben Erfolge.

Dieselben sind sehr leicht zu vollen zu machen, wenn man die Achillotomie der Klumpfußredression als Nachoperation folgen lässt. In diesem Falle muss man allerdings den 1. Verband in Spitzfußstellung anlegen. Das ist aber weiter kein Nachtheil, denn auch in dieser Stellung lässt sich der Verband zum Gehen einrichten. Gelegentlich eines Verbandwechsels wird 4—6 Wochen nach der Redression die Achillotomie ausgeführt. Jetzt ist keine Gefahr mehr, dass der Calcaneus wieder zurückfedert. Man erhält einen vollen Erfolg.

(Aus der chirurgischen Klinik in Upsala.)

II. M. sphincter ani zerstört durch eine Phlegmone. Plastische Operation mit Hilfe der Mm. levatores ani und Mm. glutaei maximi. Continentia ani.

Von

K. G. Lennander.

K. V., 36 Jahre alt, Beamter, wurde am 14. September 1898 aufgenommen (No. 549 B).

Pat. war gesund bis zum Winter 1890/91, wo er an Taenia solium litt, die durch eine geeignete Kur abgetrieben wurde. Im Herbst 1892 machte Pat. einen schweren Abdominaltyphus durch. Seitdem hat er sich nicht wieder so kräftig gefühlt wie vorher und war in Bezug auf seinen Darmkanal sehr empfindlich. Im Oktober 1893 und im Januar 1894 hatte er eine schwere Gastroenteritis, im Juni 1894 die Cholera asiatica überstanden. Von da an fühlte er sich bis zum August 1897 verhältnismäßig gesund. Seit mehreren Jahren war er mit äußeren Hämorrhoiden belastet, die im Sommer 1897 sehr bluteten. Ohne eine andere bekannte Ursache wurde Pat. Ende August 1897 von einer brandigen Phlegmone

um den After herum und am Scrotum sehr stark heimgesucht, am 2. September im Serafimerlasarett in Stockholm operirt und lag dort 2 Monate lang. Seitdem hat er weder den Abgang der Fäces, noch der Flatus beherrschen können, und, um Verunreinigung der Kleidung zu verhüten, Tampons, Watte und eine T-Binde anwenden müssen. Innerlich nahm er Opium, Wismuth und Tannalbin.

Status praesens im September 1898. Allgemeinzustand gut.

Über das Os coccygis und nach dem linken Rand des Anus verläuft eine ungefähr 7 cm lange Narbe. Von dieser gehen an jeder Seite des Afters 2 Narben aus, die linke, ungefähr 8 cm lang, im Bogen nach außen nach dem Tuber ischii zu; die rechte, 15 cm lang, beginnt 1 cm von der Mittellinie und endet am oberen Theil der rechten Genitocruralfalte. Längs des unteren Theils des Septum scroti sieht man eine 5 cm lange Narbe, über der vorderen Seite der rechten Scrotalhälfte eine Narbe von 1 cm Durchmesser.

Bei der Inspektion des Anus fand sich, dass dieser nicht, wie gewöhnlich, von einer medialen, geschlossenen Spalte, von charakteristisch angeordneten radiären Hautfalten umgeben, gebildet wurde, sondern die Form eines nach links offenen Halbmondes hatte, in dessen Öffnung man einen pfenniggroßen vorgefallenen Hämorrhoidalknoten sah. Der sichtbare Theil der Mastdarmschleimhaut war etwas geröthet. Bei der Digitaluntersuchung des Afters und Mastdarms zeigte sich zunächst, dass durch den Anus und die Pars perinealis recti 3 Finger eingeführt werden konnten, ohne dass der Pat. Schmerz zu erkennen gab. An keiner Stelle wurde Ulceration angetroffen. Die Schleimhaut hatte an der Vorderseite und an den seitlichen Theilen des Rectum normale Spannung; an der Hinterseite war dagegen die Faltenbildung fast verstrichen, und hier erschien die Schleimhaut wie auftapezirt auf der Unterlage, die als eine von Konsistenz feste, wallförmige Vorbuchtung gefühlt wurde.

Kontraktionen des M. sphincter ani konnten nicht wahrgenommen werden, wenn man vom Pat. verlangte, den After um die eingeführten Finger zusammenzukneifen. Bei Reizung mit dem faradischen Strom ließ sich irgend eine Zusammenziehung des Sphincter ani weder sehen, noch fühlen. Dagegen wurde dabei deutliche Kontraktion der Mm. levatores ani erlangt, wenn eine Metallelektrode ungefähr 5 cm weit in das Rectum eingeführt wurde. Mittels stärkerer Ströme erhielt man dabei auch gleichzeitig Kontraktionen der Mm. glutaei maximi. Diese elektrischen Untersuchungen wurden mehrere Tage wiederholt und gaben stets dasselbe Resultat.

Ich habe theils von Prof. Åkerman, theils vom Unterchirurg Dr. Åkerblom, unter deren Behandlung Pat. im Serafimerlazarett gestanden hatte, gehört, dass letzterer damals an einer gangränösen Phlegmone von seltener Schwere in beiden Fossae recto-ischiadicae und an den angrenzenden Theilen der Mm. glutaei max., so wie am vorderen Theil des Perineum und am Scrotum gelitten hat. Dabei war ein Theil der hinteren Mastdarmwand und wahrscheinlich der ganze Sphincter ani abgestoßen worden.

Da in der mir bekannten Litteratur, so weit ich mich erinnern konnte, von anderen plastischen Operationen am After, als Zusammennähung des Sphinkters oder Drehung des Rectums, nichts berichtet, und ich im Augenblick eingehendere Litteraturstudien anzustellen nicht in der Lage war, beschloss ich, die Aftergegend an einigen männlichen Leichen zu seciren. Mein Gedanke war dabei, dass man die hintersten (medialen) Muskelbündel beider Glutaei maximi nach den Seiten des Afters verschieben, dort sowohl vor, als auch hinter

dem Anus zusammennähen und nach vorn mit den Mm. bulbo-cavernosi, mit den Mm. transversi und mit den Levatores ani vereinigen können müsste. Die erste Sektion zeigte indessen, dass dieser Plan ganz untauglich war. Die genannten Muskelbündel empfangen alle ihre Nerven und ihre wichtigsten Gefäße erst in der Nähe des Tuber ischii oder seitlich von ihm. Diese Muskelbündel mit erhaltener Innervation nach den Seiten des Anus zu verschieben, ist desshalb

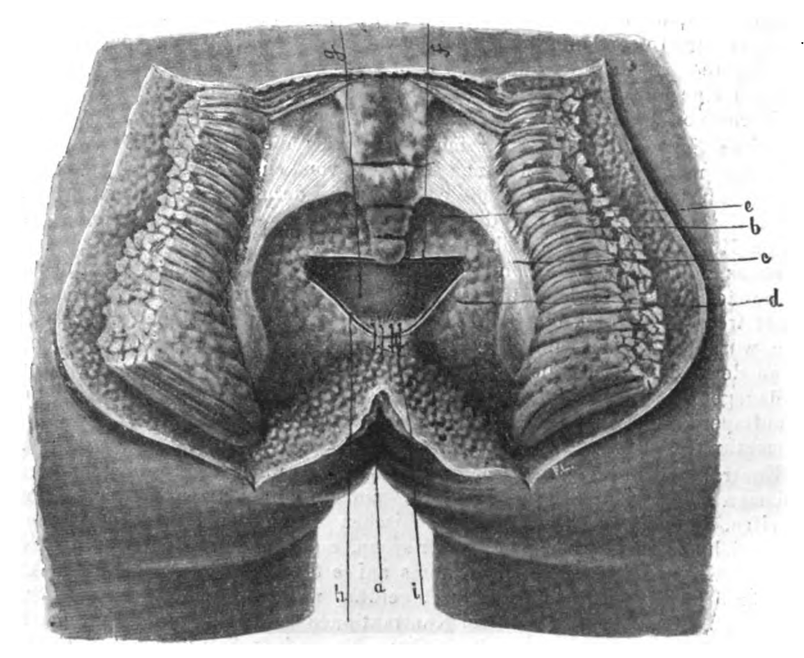


Fig. 1. Auf den vom Verf. bei der Operation von K. V. angewendeten Steigbügelschnitt wurde ein 5—6 cm langer Querschnitt über das Os sacrum und die Glutaei maximi gelegt. Diese Muskeln wurden vom Os sacrum, Os coccygis und von den Ligg. sacro-tub. abpräparirt, wobei das Messer genau dem Ligament folgte. In den Glutaei maximi wurde ein schräger Schnitt in der Richtung der Muskelfasern bis zu ungefähr derselben Länge wie der Querschnitt in der Haut gemacht. Die Levatores ani wurden vom Os coccygis und von den Mm. coccygis getrennt und mit Suturen an das Rectum an der Stelle des Sphincter ani befestigt.

a. Anus.
b. M. glutaeus maximus dexter.
c. Lig. tuberoso-sacrum dextrum.
d. Fettgewebe in den Fossae recto-ischiadicae, das die Mm. levatores ani deckt.
e. Dasselbe Fettgewebe außen an den Mm. coccygei.
f. Freipräparirter Rand des M. coccygeus dexter.
g. Defekt im Diaphragma pelvis, nachdem die Mm. levatores ani nach unten an den Anus genäht sind.
h. Rand des M. levator ani sin.
i. Suturen.

nicht thunlich. Nachdem ich die Analgegend an 3 Leichen secirt hatte, sah ich ein, dass es möglich sein müsste, den Sphincter ani

durch beide Mm. levatores ani und die Mm. glutaei maximi zu ersetzen. Von den zuerst genannten Muskeln hat schon Henle hervorgehoben, dass ein Theil ihrer Wirkung darin besteht, den M. sphincter ani zu unterstützen[1]. Die Operation musste also aus folgenden Momenten bestehen:

1) Längsschnitt längs des unteren Theils des Os sacrum und des Os coccygis, so wie von der Spitze des Os coccygis ein Hufeisenschnitt um die Fossae recto-ischiadicae.

2) Freilegung des hinteren Theils des Levator ani und des vorderen Theils des M. coccygeus.

3) Abtrennung des Levator ani vom Os coccygis und vom M. coccygeus, wobei man jedoch nicht bis an die Beckenwand gehen darf, weil die den Levator ani innervirenden Nerven, die vom Plexus sacralis ausgehen, an beiden Seiten des Beckens längs der oberen Fläche des Muskels gleich medial von dessen Ursprung von seinem Arcus tendineus verlaufen.

4) Der Defekt, der auf diese Weise im Diaphragma pelvis entsteht, muss durch eine Verschiebung der medialen Theile der Glutaei maximi ausgefüllt werden. Diese werden desshalb von den Ligg. tuberoso-sacra, vom Os sacrum und vom Os coccygis abgelöst (s. Fig. 1).

5) Die vom Os coccygis und vom M. coccygeus abgehenden Theile des Levator ani werden nach vorn geführt und am untersten Theil des Rectum und am Anus auf eine solche Art befestigt, dass eine gewisse Dehnung des Levator ani an beiden Seiten entstehen muss (s. Fig. 1).

6) Danach werden die von ihrem Ursprung abgelösten Theile beider Glutaei maximi in der Weise verschoben, dass sie den Defekt im Diaphragma pelvis ausfüllen. Die beiden Muskeln werden in der Mittellinie mit einander nach vorn mit dem Levator ani und mit der Haut im After, so wie nach hinten mit dem Periost an den Seiten des Os coccygis zusammengenäht. Sie sinken hierbei so tief zwischen der Spitze des Os coccygis und dem Anus ein, dass sie eine fast horizontal gestellte, feste Unterlage für den Beckenboden bilden, und zugleich umschließen sie den Analtheil des Rectum von hinten und von den Seiten (s. Fig. 2).

Durch eine gleichzeitige Zusammenziehung der Mm. levatores an und der Glutaei maximi muss das Rectum theils von beiden Seiten her zusammengedrückt, theils nach oben und vorn gehoben werden unter gleichzeitiger Anpressung der hinteren Wand gegen die vordere. Vereinigt dürften diese Wirkungen der Levatores ani und Glutaei maximi den Sphincter ani ersetzen können.

In Bezug auf die anatomisch-topographischen Verhältnisse, die für diese Operation von Bedeutung sind, ist theils auf Toldt's vortrefflichen anatomischen Atlas, besonders auf die Fig. 887—891, theils

[1] Henle, Eingeweidelehre. 2. Aufl. p. 544.

auf Waldeyer's vorzügliche Monographie »das Becken«, Bonn 1899, zu verweisen. Ich hatte nicht den Vortheil, eine von diesen Veröffentlichungen eher zu Rathe ziehen zu können, als bis ich die betreffende Operation bereits ausgeführt hatte.

28. September Operation. Schnitt in der Mittellinie längs der unteren Hälfte des Os sacrum und des Os coccygis und von der Spitze dieses Knochens Hufeisenschnitt um beide Fossae recto-ischiadicae (bis an die Tubera ischii und an diesen vorbei). Beide Glutaei maximi wurden vom Os sacrum und von den Ligg. sacro-tuberosa abgelöst. Oberhalb dieser Ligamente wurde jeder Muskel durch einen 3—4 cm langen Schnitt vom Os sacrum aus in der Richtung der Muskelfasern getheilt. Das schwielige Gewebe, das die hintere Hälfte des Rectum

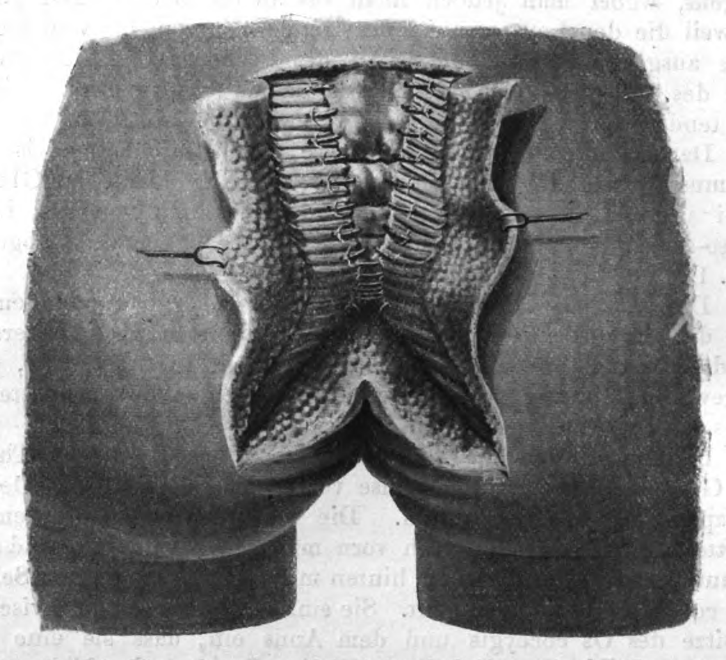


Fig. 2. Die Mm. glutaei maximi sind mit Suturen an das Rectum und die Mm. levatores ani, an einander und an das Os coccygis und Os sacrum befestigt.

umgab, wurde nebst der Rhaphe partis analis perinei von der Spitze des Os coccygis abgetrennt. Die Grenze zwischen dem Levator ani und dem M. coccygeus wurde freipräparirt. Durch einen Querschnitt wurden danach diese beiden Muskeln in der Ausdehnung von ziemlich der ganzen Breite des Beckens getrennt, doch so, dass man sich sorgfältig hütete, den Arcus tendinei der Levatores ani zu nahe zu kommen, um nicht die diese Muskeln versorgenden Nerven zu beschädigen, die, wie vorhin erwähnt worden ist, an der oberen Fläche des lateralen Theils dieser verlaufen. Es war unmöglich, den Levator ani vom M. coccygeus zu trennen, ohne auch das innere Blatt der Fascia pelvis, die die obere Fläche dieser Muskeln bekleidet, quer zu durchtrennen. Die Mm. levatores ani wurden nach vorn gegen das Rectum und den Anus hin gezogen und hier in der Mittellinie mit 4 Knotensuturen aus Katgut No. 3 festgenäht. Der Defekt im Diaphragma pelvis, der auf diese Weise zwischen dem Rectum und Anus nach vorn und dem Os coccygis nach hinten entstand, wurde dadurch ausgefüllt, dass beide Glutaei maximi bis zum

Anus nach vorn verschoben wurden. Durch grobe Katgutsuturen wurden beide Muskeln mit einander und mit dem Levator ani vereinigt, wo dieser Muskel in der Mittellinie hinter dem Rectum zusammengenäht worden war. Ferner wurden die Glutaei maximi an das Periost am Os coccygis festgenäht. Die Glutaei maximi ließen sich so sehr dehnen, dass kein Theil des Os sacrum oder der Ligg. sacrotuberosa von Muskeln entblößt blieb. Zwei Drainrohre wurden eingelegt, eins an jeder Seite unter die Glutaei und durch den oberen Theil der Wunde nach außen geleitet. Im Übrigen wurde die ganze Wunde mit tief fassenden Silkwormgutnähten in der Weise verschlossen, dass sich kein Hohlraum bilden sollte. Der Anus war während der Operation zusammengenäht gewesen. Am Schluss der Operation wurde ein mit Jodoformgaze umwickeltes dünnes Gummirohr in das Rectum eingelegt. Verband mit Dermatolsalbe und steriler Gaze.

29. September. Die Drainrohre wurden herausgenommen. Temparatur afebril. Tct. theb. gtt. X.

2. Oktober. Pat. befindet sich immer noch übel nach der Narkose; trotz Opium und Tannalbin ist die Wunde durch dünne Fäcalmassen verunreinigt worden, die neben dem Rohr abgingen. Der Lappen nach hinten vom Anus ist an der Spitze des Os coccygis missfarbig, wesshalb die Suturen in diesem Theil der Wunde herausgenommen werden.

3. Oktober. Das Rectalrohr wurde herausgenommen und 150 ccm Öl wurden in das Rectum eingegossen. Pat. empfand sofort Stuhldrang, konnte aber das Öl zurückhalten, das erst am folgenden Morgen abging, als Pat. nach Pulv. glyc. compos. Entleerung hatte.

7. Oktober. Pat., der gut aß, seit am 3. Oktober die Nachwirkungen des Chloroforms aufgehört hatten, hat eine unruhige Nacht mit wenig Schlaf gehabt. Heute schwitzt und friert er abwechselnd. Temperatur am Morgen 38,2°. Die ganze Wunde über dem Os coccygis und dem Os sacrum, die vollständig per primam geheilt war, musste geöffnet werden. Unter der Haut fand sich schokoladenfarbiger, stinkender Eiter. Keine Suppuration in der Tiefe. Eine im wesentlichen Maße zu dieser oberflächlichen Eiterbildung beitragende Ursache dürfte der Umstand gewesen sein, dass Pat. gewöhnlich gerade auf dem Rücken lag und so die Hautwunde theils gegen das Sacrum und das Os coccygis gedrückt, theils die Haut unaufhörlich gegen die genannten Knochen verschoben wurde. Temperatur am Abend 38,3° (alle Messungen in der Achselhöhle). Pat. soll nun die Rückenlage vermeiden.

9. Oktober. Temperatur am Abend 37°, seitdem fortwährend afebril.

17. Oktober. Unter Behandlung, zuerst mit Itrolpulver und Glycerintampons, dann mit Airol und Glycerintampons hat sich die Wunde rasch gereinigt. Um die »neuen Schließmuskeln« zu üben, wurde heute mit Wassereingießungen in das Rectum begonnen. Dreimal täglich wurden 100 ccm Wasser eingespritzt, die Pat. zurückhielt, so lange er wollte. Unabhängig von diesen kleinen Wassereingießungen wurde die Stuhlentleerung durch milde Abführmittel und große Wassereingießungen geregelt.

24. Oktober. Pat. beginnt aufzustehen und umher zu gehen, unmittelbar nachdem er seine kleinen Wassereinspritzungen bekommen hat, und er kann doch das Wasser zurückhalten.

25. Oktober. Gestern wurde mit elektrischer Behandlung begonnen, wobei die eine Elektrode theils über die unteren Theile der Glutaei maximi geführt, theils in das Rectum eingeschoben wurde.

3. November. Nunmehr täglich Darmentleerungen ohne Klystiere. Pat. hat während der letzten 2 Tage Besuche in der Stadt gemacht, wobei er trotz starker Gasauftreibung, wenn es nothwendig war, die Flatus zurückhalten konnte. Bei der elektrischen Behandlung nahm man mit einem in das Rectum eingeführten Finger deutliche Kontraktionen wahr, sowohl wenn die eine Elektrode in das Rectum eingeführt war, als auch dann, wenn man über die unteren Theile der Glutaei maximi strich. Statt Wassereingießungen von 100 ccm wurden später solche von 200 ccm gegeben, wie vorher 3mal täglich.

20. November. Seit 3 Wochen ist Pat. den ganzen Tag außer Bett gewesen. Die Behandlung mit kleinen Wassereingießungen und Elektricität ist die ganze Zeit dieselbe gewesen wie vorher. Trotz einiger gelinder Anfälle von Diarrhöe sind niemals Fäces unfreiwillig abgegangen, und Pat. kann den Abgang sowohl der Flatus wie der Fäces vollständig beherrschen. Pat. wird heute entlassen.

18. December. Unmittelbar nachdem Pat. aus dem Krankenhaus entlassen worden war, machte er eine Dienstreise von mehrtägiger Dauer auf das Land. Die Kost, die ihm da geboten wurde, war ganz unpassend für seinen empfindlichen Darmkanal und er bekam eine heftige Enteritis. Hierbei kam es einmal vor, dass wasserdünne Fäces abgingen, ohne dass er es eher bemerkte, als bis es zu spät war. Im Übrigen hat Pat. während der verflossenen Zeit keinen unfreiwilligen Abgang weder von Flatus, noch von Fäces gehabt. Er hat mit Freude am Kameradschafts- und Gesellschaftsleben theilgenommen, was er vor der Operation nicht gekonnt hatte. Es ist also sicher, dass Pat., sobald er das Bedürfnis Flatus oder Fäces zu entleeren fühlt, den Abgang derselben beherrschen kann; aber die Sensibilität in der Aftergegend ist herabgesetzt, denn diese bekommt ihre Gefühlsnerven von den Nn. pudendi interni durch die Nn. haemorrhoidales inferiores, und bei einer so ausgebreiteten Gangrän, wie sie hier in beiden Fossae recto-ischiadicae vorgelegen hatte, dürften diese Nerven zerstört worden sein.

Die Defäkation geht eben so leicht von statten wie vor der Erkrankung des Pat.

Am 7. Februar nahm ich eine genaue Untersuchung des Gefühlssinnes im After und in dessen Umgebung bei dem Pat. vor. Nach innen von der Hautnarbe in den Fossae recto-ischiadicae war das Gefühl für Nadelstiche in der Haut überall herabgesetzt. Es fehlte vollständig in der Haut hinter dem After, so wie in der Schleimhaut, die den hinteren Theil des Analrings überkleidet. Die Schleimhaut nach vorn zu an den beiden Seiten des Afters zeigte zum Theil eine sehr herabgesetzte Empfindlichkeit gegen Nadelstiche; dagegen erschien die Empfindlichkeit normal an der die vordere Hälfte des Afters umgebenden Schleimhaut.

Pat. theilte mit, dass seine Stuhlentleerungen seit der letzten Aufzeichnung im Allgemeinen dünn, selten breiig, niemals unfreiwillig gewesen seien. Flatus können zurückgehalten werden, so lange nicht die Stellung gewechselt wird, mag Pat. sitzen, stehen oder liegen. Unsicherer wird es, wenn er von einer der erwähnten Körperstellungen aus sich in Gang setzen und laufen, und zwar besonders wenn er Treppen steigen soll, weil beim Gehen der eine Glutaeus maximus immer schlaff ist.

Am 28. März schreibt Pat., dass er, wenn er sich am After nach einem Stuhlgang reinige und die Gesäßspalte mit weißer Baumwolle füllte, keinen Fleck an der Baumwolle bemerkt habe, wenn er sie herausnahm, ehe er das nächste Mal Darmentleerung gehabt hatte. Wegen der unpassenden Diät, die er während seiner Dienstleistungen auf dem Lande sich gefallen lassen muss, hat er leider sehr oft Diarrhöe.

Folgende Zeilen citire ich: »Eine starke Erkältung im Verein mit heftigem Husten hat wohl bisweilen einen kleinen — Lapsus, wie ich es nennen möchte, verursacht, sowohl was Flatus als auch ein paar Mal was das mehr Materielle betrifft, aber sobald der Husten- oder Niesanfall vorüber war, bin ich wieder Herr über mein ‚Thun und Lassen' geworden«.

Am 11. Mai 1899 erklärte der Pat., dass sein Zustand sich merkbar verbessert habe. Selbst wenn er gleich Morgens das Bedürfnis der Stuhlentleerung fühlt, kann er doch ohne irgend eine Ungelegenheit sich erst ankleiden und sein Frühstück zu sich nehmen, ehe er dem Bedürfnis nachzugeben braucht, und zwar trotzdem, dass die Darmentleerung fast beständig dünn gewesen ist. Seit der letzten Aufzeichnung vom 28. März ist weder unfreiwilliger Abgang von Flatus, noch von Fäces vorgekommen. Bei der Untersuchung mit dem Finger fühlte man am 11. Mai, wie die medialen Theile der Musculi glutaei maximi sich kräftig an beiden Seiten des Afters zusammenzogen. Es ist desshalb wahrscheinlich, dass man ein desto besseres Resultat bei dieser Operation zu er-

warten hat, je mehr man die Musculi glutaei maximi nach vorn verschieben kann.

Die hier beschriebene Operation hat zu einer Continentia ani geführt, die beinahe die normale erreicht, in einem Falle, in dem der Sphincter ani und ein Theil der hinteren Mastdarmwand durch eine brandige Phlegmone unterhalb des Diaphragma pelvis zerstört worden war. Man ist berechtigt, anzunehmen, dass dieselbe Operation auch in den Fällen die Kontinenz herstellen kann, in denen z. B. wegen Krebs die Exstirpation des Anus, des Sphincter ani und des unteren Theils des Rectum nothwendig geworden ist, in denen man aber eine wesentliche Beschädigung des Levator ani hat vermeiden können. In solchen Fällen muss man nach der Amputation des Rectum den Darm nach unten zu an die Haut nähen; erst wenn Alles wohl geheilt ist und der Allgemeinzustand des Pat. wieder gut ist, darf man die hier vorgeschlagene plastische Operation, die ein ziemlich großer Eingriff ist, ausführen.

In Fällen, in denen man gezwungen gewesen ist, einen großen Theil des Rectum und ein großes Stück vom M. levator ani wegzunehmen, dürfte man einen gewissen, vielleicht nicht so unbedeutenden Grad von Kontinenz durch folgendes Verfahren erreichen können. Das Rectum wird nach unten an die Haut im Perineum, an die Stelle des alten Anus, genäht. Dabei führt man womöglich eine geringe Drehung am Rectum aus (Gersuny) und, wenn es die Länge des Rectum gestattet, macht man einen Winkel am Rectum in der Gegend des Os coccygis. Man erhält dadurch einen absteigenden und einen fast horizontal gestellten Theil des Rectum. Danach verschiebt man einen so großen Theil als man kann von dem Glutaeus maximus auf jeder Seite nach vorn zwischen das Os coccygis (Os sacrum) und die Hautöffnung des Rectum und verfährt so weiter, wie oben bei Beschreibung der einzelnen Momente der Operation unter 6 angegeben worden ist (s. Fig. 2).

---

1) **J. Rotter.** Polyposis recti. — Adenoma malignum. — Spontanheilung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 2.)

Den 16 Fällen von Polyposis recti in der Litteratur fügt R. 2 neue eigener Beobachtung hinzu. Die Krankheit besitzt eine sehr schlechte Prognose. Marasmus, Verblutungen und Invagination führen oft rasch zum Tode. Noch häufiger aber ist der tödliche Ausgang begründet in der bösartigen Degeneration der Polyposis in Carcinom. Auch in 1 Falle des Verf. war diese vorhanden, und das giebt ihm die Veranlassung, genauer die mikroskopischen Befunde der Krankheit zu besprechen. Oft findet man bei ihr nur eine einfache glanduläre Hypertrophie, aber zumeist verändern die Lieberkühn'schen Drüsen

nicht bloß ihre Größe, sondern auch ihre Gestalt, indem sie sich dichotomisch verzweigen und an Seiten und Enden ausstülpen. Sie tragen aber noch ein einfaches Cylinderepithel und dieses lässt den Ausführungsgang frei. Diese Neubildungen sind als Adenoma und gutartige Geschwulst anzusehen. Trotz dieses Baues aber kennzeichnen sie sich oft als bösartige Geschwülste dadurch, dass sie weiter in die Darmwand hineinwuchern und Metastasen bilden. Dann sind sie als Adenoma malignum oder destruens zu bezeichnen. Wird die Anordnung und Form der Epithelzellen atypisch, so nennt man sie mit Recht Adenocarcinome und von diesen giebt es wieder Übergänge zum Alveolarkrebs. Gegenüber diesen mannigfachen pathologischen Bildern ist klinisch die Gutartigkeit des Leidens scharf von der Bösartigkeit desselben gekennzeichnet.

R. beschreibt nun des genaueren einen Fall, bei dem es sich pathologisch-anatomisch um ein Adenoma malignum gelatinosum handelte, das über die Grenzen der Schleimhaut fortwucherte, in die hintere Scheidenwand hineindrang und nach Exstirpation des erkrankten Mastdarmgebiets wiederholt Recidive erzeugte. Während nun solche Geschwülste nach unseren Erfahrungen zum Tode führen, erlebte R. zu eigenem Erstaunen, dass seine Pat. eine spontane Ausheilung zeigte, als er sie später wieder zu sehen bekam. So glaubt er, dass auf der Stufe des Adenoma malignum noch Rückbildung möglich ist. Zum Vergleich ist ein ähnlicher Fall von Hansemann citirt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **J. Rotter.** Die Sigmoideo-Rectostomie, ein neues Verfahren zur Beseitigung von Mastdarmstrikturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 2.)

Der Amerikaner Bacon kam zuerst auf den Gedanken, bei Strikturen des Mastdarms eine Anastomose zwischen Flexura sigmoidea und der unterhalb der Stenose sitzenden Mastdarmpartie anzulegen. Er verwendete dazu den Murphyknopf. Bacon hatte damit in 12 Fällen ausgezeichnete Erfolge. R. sucht nun, um die Nachtheile dieser Methode und ihre begrenzte Anwendungsfähigkeit zu vermeiden, nach einem anderen Verfahren zu gleichem Zweck. Er führt zuerst die Laparotomie in der Mittellinie aus und durchtrennt nach doppelter Abbindung das S romanum oberhalb des Mastdarms. Das periphere Ende wird durch Naht verschlossen, das centrale sorgfältig in Jodoformgaze eingewickelt; dann wird die Bauchwunde provisorisch zugestopft. Jetzt wird das Septum rectovaginale quer bis in den Douglas gespalten, und nun von oben her nach Einkerbung des Mesenterium das Flexurende heruntergeholt und in den unter der Striktur längsgespaltenen Mastdarm eingenäht. Diese Naht wird sowohl von der Schleimhautseite her durch den erweiterten Sphincter wie vom Septum recto-vaginale aus angelegt. Das Spatium rectovaginale wird tamponirt.

Von 3 so operirten Fällen starb einer an Peritonitis, 2 genasen. Gegenüber Bacon erklärt Verf., dass der eitrige Ausfluss aus der strikturirten Partie nicht ganz nach dem Eingriff schwindet, auch noch Beschwerden vorhanden bleiben.

R. will die Methode angewendet wissen dort, wo eine Exstirpation des strikturirten Mastdarms nicht mehr möglich ist, und wo man sich sonst mit der Rectotomia externa oder dem Kunstafter behelfen müsste, ferner bei Resektion eines Carcinoms im unteren Theil der Flexur von der Bauchhöhle aus. Das obere Ende des S romanum würde so am einfachsten versorgt werden.

Zum Schluss folgen die 3 Krankengeschichten.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

3) **W. Liermann.** Zur vaginalen Methode bei Mastdarmcarcinomen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 2.)

Der Aufsatz ist schon als Vortrag L.'s auf der letzten Naturforscher- und Ärzteversammlung in Düsseldorf referirt worden. Er enthält die genaueren Angaben über die von Rehn mittels der von demselben zuerst angegebenen Methode der vaginalen Mastdarmresektion behandelten Fälle. Da es mittels derselben gelingt, auch unter den schwierigsten Verhältnissen die radikale Entfernung des Mastdarmkrebses zu erzielen, sieht Rehn in seiner Methode nunmehr das Normalverfahren für eingreifende Mastdarmoperationen bei Frauen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

4) **C. Francke.** Zur operativen Behandlung des reponiblen Mastdarmvorfalls.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 165.)

F. veröffentlicht aus der Berliner Charité folgendes an die Rectococcypexie Verneuil's und deren Modifikation von Gérard-Marchant sich anlehnendes Operationsverfahren von König für den reponiblen Mastdarmvorfall. Nach der üblichen Vorbereitung des Pat. wird in Steiß-Rückenlage in der Mittellinie ein Längsschnitt ausgeführt, der etwa $1^1/_2$ cm von der Afteröffnung beginnt und dicht oberhalb der Steiß-Kreuzbeinverbindung endigt. Ablösung der Haut und Weichtheile mittels Messer und Elevatorium nach der Seite über den Rand des Kreuz- und Steißbeins hinaus. Freilegung der hinteren Rectalwand theils stumpf, theils mit Instrument, Reposition des Prolapses. Nun wird jederseits eine Naht durch die hintere Rectalwand von unten nach oben und einwärts geführt. Dieselbe beginnt unten nicht weit von der Analöffnung, fasst dann in möglichst großer Ausdehnung (2—5 cm) die Serosa (? Ref.) und Muscularis, ohne die Schleimhaut zu durchbohren, und geht im oberen Wundwinkel so hoch wie möglich durch den Knochen selbst. Letzterer wird bei Kindern mit der Nadel durchstochen, bei Erwachsenen mit dem Drillbohrer perforirt. Medianwärts von dem ersten Nahtpaar wird noch



eine 2. oder selbst auch eine 3. Naht gelegt. Diese Nähte, mit Seide, Katgut oder Känguruhsehne ausgeführt, raffen die Darmwand in Querfalten in die Höhe und fixiren sie gegen den Knochen, sie bleiben versenkt. Die äußere Hautwunde wird ohne Drain exakt vernäht. Besteht gleichzeitig eine hochgradige Erweiterung der Afteröffnung, so wird aus letzterer ein elliptischer Keil, Mucosa, Haut nebst einem Fragment des Sphinkter, excidirt, der Defekt ver-näht und so die Öffnung verengt.

Das Verfahren kam in 6 Fällen, deren Krankengeschichten kurz berichtet werden, zur Anwendung. Die Heilung ging glatt von statten und führte zu guten Endresultaten, wesshalb die Methode zu empfehlen ist. Die Resektion des Prolapses nach Mikulicz, die stets gefährlich ist, auch nicht vor Recidiven schützt, sollte nur für schwere und irreponible Fälle reservirt bleiben. Der Thiersch-schen Behandlungsmethode mittels Versenkung eines den Anus verengernden Silberdrahtrings traut Verf. keine völlig hinlängliche Wirksamkeit zu. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

5) **Julliard.** Utilité de l'anus contre nature dans le traitement du cancer du rectum.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1898. No. 8.)

Der Kunstafter bietet beim Mastdarmcarcinom, sowohl in Bezug auf operative als auch auf palliative Behandlung große Vortheile dar. Solche sind 1) die sichere Desinfektion des unteren Darmabschnitts; 2) der Schutz der Wunde vor der Invasion des Kothes; 3) die Ernährungsfrage ist durch den Abgang des Kothes durch den Kunstafter viel einfacher und gesicherter; 4) nach Wiederherstellung des Kranken fällt jeder Reiz von Seiten des Kothes für den Mastdarm weg; 5) im Falle eines Recidivs ist eine zweite Operation leichter; und schließlich 6) bedingt jede Exstirpation ohnedies einen künstlichen After.

Verf. zieht den Leistenafter den übrigen Methoden vor, er ist mindestens eben so leicht ausführbar, die Desinfektion des unteren Darmabschnitts leichter und bequemer. Bedingungen für die nach 14 Tagen stattfindende definitive Operation (Mastdarmexstirpation) sind Konsolidirung des künstlichen Afters und Hebung der gesunkenen Körperkräfte.

Die Desinfektion des erkrankten Darmabschnitts wird durch forcirte Irrigation von oben ausgeführt, zuerst mittels reichlicher Wasserbespülung, dann mit Sublimatlösung — eine jedenfalls der Reinigung mittels Abführmitteln und Einläufen vorzuziehende Methode — (die Reinigung mittels Abführmitteln, die den ganzen Darmtractus entlasten soll, darf bei einer Darmoperation nicht als überflüssig und von zweifelhaftem Werth der Vergessenheit anheimgegeben werden; Ref.). J. hat in der letzten Zeit auf diese Weise 5 Exstirpationen mittels der Sacralmethode ausgeführt; keiner der Kranken starb an den Folgen der Operation, 3 sind Recidiven erlegen; bei

2 Pat. betrug das Alter 67 bezw. 65 Jahre; die 67jährige Pat. ist nach $2^1/_2$ Jahren noch gesund. Am Anus sacralis findet häufig eine Secernirung schleimiger Massen statt, die vielleicht durch Darmverschluss anstatt der üblichen Darmvernähung mit der Haut zu beseitigen wäre. Der Übergang des Carcinoms auf die Mastdarm-Scheidenwand ist der Exstirpation günstiger als der auf Prostata und Harnröhre beim Manne. **Kronacher** (München).

---

6) **O. Hermes.** Über einige Beziehungen der Appendicitis zu Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 444.)

Die Arbeit, aus Sonnenburg's Krankenhausabtheilung hervorgegangen, bildet eine Fortsetzung und Ergänzung zu derjenigen von Krüger (cf. d. Bl. 1898 p. 73). H. beginnt mit einer allgemeinen Besprechung, die zum Theil Wiederholungen von Angaben Krüger's enthält. Von neu Beigebrachtem sei hervorgehoben, dass nicht selten durch chronische Epityphlitis — Anfälle mit nachfolgender Verwachsung — unregelmäßige beschwerliche Menstrualblutungen hervorgerufen werden, die durch Entfernung des Processus vermiformis beseitigt werden. Die beigebrachte Kasuistik enthält 7 dies belegende Beobachtungen. Wiederholt sind ferner bei verschiedenen gynäkologischen Affektionen, und nicht nur bei eitrigen (Pyosalpinx), sondern auch bei Eierstockscysten, Myomen, Tubenschwangerschaft verwachsene chronisch entzündete Wurmfortsätze gefunden und gleichzeitig mit jenen Krankheitsprodukten entfernt. Man wird gut thun, bei allen gynäkologischen Laparotomien auf den Wurmfortsatz in dieser Weise zu achten. Handelt es sich um Epityphlitis mit gleichzeitiger Beckeneiterung, so räth H. im Gegensatz zu französischen Autoren den Bauchschnitt nicht in der Mittellinie, sondern in typischer Weise schräg über dem Poupart'schen Bande anzulegen. Zur Tamponade der intraperitonealen Wundhöhle braucht Sonnenburg, was bemerkt zu werden verdient, jetzt mit Vorliebe Silbergaze. Den Beschluss der Mittheilung bilden 19 neue gut geführte Krankengeschichten, die sehr mannigfache Erkrankungsformen betreffend, recht lehrreich und lesenswerth sind. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) **G. M. Edebohls.** The relations of movable kidney and appendicitis to each other and to the practice of modern gynaecology.

(New York med. record 1899. März 11.)

Verf. hatte schon mehrfach Gelegenheit, obiges Thema zu besprechen (z. B. im Centralblatt für Gynäkologie 1898 No. 22). Die am Schluss beigegebene Liste von 7 früheren Publikationen illustrirt die Stufenleiter, auf der der augenblickliche Standpunkt erreicht wurde. Chronische Epityphlitis soll in 80% (!) aller Fälle von Frauen, die Symptome rechtsseitiger Wanderniere haben, vorhanden,

d. h. also die wichtigste und häufigste Begleiterscheinung sein. Verf.s Statistik zeigt weiter, dass 20% aller Frauen Wandernieren haben, dass 4% aller Frauen Wandernierensymptome haben, dass 4% aller Frauen Epityphlitis haben, dass, während 3½% aller Frauen Wandernierensymptome und Epityphlitis haben, nur ½% aller Frauen Epityphlitis und festsitzende Nieren haben können. Genügende Feststellung der Beziehungen genannter Organe ist angeblich nur nach der Methode, welche vom Verf. für die Palpation des Processus vermiformis angegeben wurde, möglich. Chronische Epityphlitis kann das einzige Symptom rechtsseitiger Wanderniere sein, und einige gewöhnlich der Wanderniere zugeschriebene Symptome stammen in Wahrheit oft von der begleitenden Erkrankung des Wurmfortsatzes ab. Indem bezüglich der Verhältnisse pathologischer Natur auf eine besondere Abhandlung hingewiesen wird, erinnert Verf. daran, dass rechtsseitige Wanderniere wahrscheinlich chronische Epityphlitis durch indirekten Druck auf die Vena mesenterica sup. hervorruft, indem Cirkulationsstörungen im Wurmfortsatz durch Druck der Vene zwischen Kopf des Pankreas und Wirbelsäule stattfinden. In 12 Fällen heilte die Epityphlitis chronica nach der Nephropexie allein. Die meisten Pat. machten beide Operationen nöthig. Der Eingriff geschieht gleichzeitig durch ein und dieselbe Lumbarincision längs des äußeren Randes des M. erector spinae von der 12. Rippe zur Crista ilei. Selten restaurirt die »Appendektomie« allein beide Beziehungen. Des weiteren werden die Beziehungen der Wanderniere zu Erkrankungen der Beckenorgane des Weibes erörtert, die Erschlaffung der Lamina fibrosa, von deren Integrität die richtige Lage der Niere abhängt, die allgemeine Enteroptose im Zusammenhang mit Retroversio und Prolapsus uteri. Es wird auf Glenard's Beobachtung hingewiesen, dass die Beweglichkeit der rechten Niere das erste Stadium der Entwicklung der Enteroptose sei, dass es keine Enteroptose ohne bewegliche Niere giebt, häufig aber bewegliche Niere ohne Enteroptose. Oft hat Verf. die successive Entwicklung rechtsseitiger Wanderniere, linksseitiger Wanderniere und Retroversio uteri beobachtet, immer entwickelte sich die erste dieser 3 Bedingungen zuerst, während entweder das zweite oder auch das dritte Moment darauf folgte. Die Association von Wanderniere mit anderen Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane ist wahrscheinlich nur accidentell und findet ihre Erklärung in der Häufigkeit jedes einzelnen Vorkommnisses. Praktisch ergiebt sich die Erklärung, wesshalb so häufig der beste Erfolg in der lokalen Behandlung von Frauenleiden allein nicht vollständige Genesung bringt. Die genaue Untersuchung der Verhältnisse wird zur richtigen Reihenfolge der Operationen führen. E. ist immer mit 2 Sitzungen zur Korrektur aller pathologischen Befunde im Bauch und Becken ausgekommen. In einem Falle wurde Curettement, Cervixamputation und Vaginoplastik, dann durch eine 5 cm lange Incision durch den Rectus Untersuchung (Inversion) der Appendix, Lösung der Adhäsionen des

Uterus, Verkürzung der runden Ligamente in einer Sitzung ausgeführt; 4 Wochen später doppelte Nephropexie; vollständige primäre Heilung und Genesung. In einem anderen Falle wurde zuerst die doppelte Wanderniere befestigt und der Wurmfortsatz durch die rechte Lumbarwunde untersucht, in der zweiten Sitzung dann die Curettage, Amputatio cervicis und Kürzung der runden Bänder ausgeführt. Auf Eins ist besonders hinzuweisen: wenn der Wurmfortsatz erkrankt ist, muss die nöthige Operation in der ersten Sitzung gemacht werden, weil dort die größte akute Gefahr besteht. Große Geschwulst und Schwangerschaft in den letzten Monaten bilden die beste Korrektur für Wandernieren. Nach der Operation resp. Geburt ist zu beachten, dass die Stützung der Niere aufhört. Die Häufigkeit der Epityphlitis bei verschiedenen pathologischen Zuständen der weiblichen Beckenorgane macht die Untersuchung des Wurmfortsatzes in jedem Falle nothwendig, und nur wenn er normal befunden wird, soll der vaginale Weg der Operation eingeschlagen werden. Bei dem geringsten Verdacht ist die suprapubische Methode indicirt. Der Bauch soll nicht eine Fingerlänge geöffnet werden, ohne dass der Wurmfortsatz nachgesehen wird; die genaue Untersuchung dauert nur 2—3 Minuten. Theoretisch ist es meistens schwierig aus der Anamnese herzuleiten, ob primär der Wurmfortsatz, die Adnexe oder das Becken-Bauchfell erkrankt sind, oder welches von diesen sekundär afficirt wurde. Zum Schluss weist Verf. auf die hin und wieder überflüssige Kastration hin in Fällen, wo eine richtige Würdigung obiger Ausführungen die Ätiologie richtig gestellt hätte.

Löwenhardt (Breslau).

---

8) **Kausch.** Über Glykosurie bei Cholelithiasis. (Aus der chirurg. Universitätsklinik in Breslau. [Direktor: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Mikulicz.]) (Cf. Exner, ds. Centralbl. No. 23.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 7.)

K. theilt die Erfahrungen der Breslauer chirurgischen Klinik mit, die innerhalb 8 Jahren an 85 Cholelithiasiskranken gewonnen wurden. In 70 davon kam es zur Operation. In sämmtlichen Fällen ist der Urin auch auf Zucker untersucht worden. In einem einzigen Falle nur wurde Glykosurie gefunden.

Die ganz entgegengesetzten Resultate von Exner sucht K. auf Versuchsfehler resp. mangelhafte Untersuchungsmethoden zurückzuführen. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.)

Kleinere Mittheilungen.

9) **E. Thiercelin** et **G. Rosenthal.** Sur un cas d'appendicite à gauche.

(Méd. moderne 1899. No. 15.)

Es handelte sich nicht, wie die Überschrift vermuthen lässt, um einen der Fälle, in welchen der Wurmfortsatz in der linken Fossa iliaca liegt, sondern es

waren nur die Erscheinungen der peritonealen Reizung auf der linken Seite überwiegend. Obgleich es sich um den 1. Anfall handelte, die Erscheinungen keineswegs stürmische waren (die höchste Temperatur betrug 37,8°) und eine Dämpfung nicht vorhanden war, auch Aufstoßen und Erbrechen fehlten und das Allgemeinbefinden vortrefflich war, wurde von Monod sofort operirt. Die Anzeige zur Operation gab eine Blutuntersuchung, welche Vermehrung des Fibrins und der weißen Blutkörperchen zeigte, nach T. und R. ein Beweis für das Vorhandensein eines entzündlichen Herdes im Körper (!). Die Operation wurde, trotz der linksseitigen Beschwerden, an der üblichen Stelle rechts ausgeführt und führte zur Eröffnung eines »abgekapselten peritonitischen Herdes«. Heilung.

Über Lage und Beschaffenheit des Wurmfortsatzes erfahren wir nichts. (Ref.)

R. v. Hippel (Dresden).

10) **Catrin.** Un cas d'appendicite opérée a la quatrième récidive.
(Méd. moderne 1899. No. 34.)

Der Fall betrifft ein sonst gesundes, 12jähriges Mädchen, welches innerhalb von 3 Jahren 3 Anfälle von Epityphlitis durchgemacht hatte, die alle innerhalb weniger Tage leicht verlaufen waren. Im 4. Anfall kam sie in C.'s Behandlung. Derselbe begann mit Erbrechen, heftigen Koliken, die besonders in der rechten Fossa iliaca sich lokalisirten; zunächst aber keine Geschwulst, geringe Temperatursteigerung. Am folgenden Morgen Verschlimmerung: Puls 112, klein, Temperatur 38,0°, mehrfaches heftiges Erbrechen, der Leib etwas aufgetrieben, in der rechten Fossa iliaca eine deutliche Resistenz. — Operation (Duret): Nach Eröffnung des Bauchfells entleert sich etwas seröse Flüssigkeit, kein Eiter. Der direkt vorliegende Wurmfortsatz wird in üblicher Weise entfernt, der Stumpf doppelt übernäht, die Wunde zum Theil geschlossen, ein Drain in den unteren Winkel eingelegt. Glatte Heilung.

Der aufgeschnittene Wurmfortsatz zeigt stark verdickte Wandungen, enthält einen Kothstein und eitrig-fäkulenten Inhalt und ein der Perforation nahes Geschwür. Da keinerlei Adhäsionen bestanden, so wäre die Perforation in die freie Bauchhöhle erfolgt. **R. v. Hippel** (Dresden).

11) **Cordua.** Zur Verlagerung des widernatürlichen Afters. (Aus dem allgemeinen Krankenhaus in Hamburg. St. Georg.)
(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 2.)

C. konnte bei einem 52jährigen Herrn nach Resektion eines 20 cm langen Darmstücks wegen Carcinoms die Darmenden nicht so weit einander nähern, dass an eine Vereinigung durch die Naht gedacht werden konnte; er verschloss desshalb das untere Darmende und versenkte es, während er das obere in die Bauchwand einnähte.

Letzteres geschah so, dass die Darmlichtung 12 cm weit über das Niveau der Bauchwand hervorragte, so dass die Bauchhaut durch Darminhalt nicht arrodirt werden konnte.

C. hat nun einen relativ einfachen, von den Instrumentenmachern Pertzet und Schulz in Hamburg angefertigten Apparat konstruirt, der jede Belästigung des Kranken behindert.

Derselbe besteht aus einer durch ein federndes Band an den Leib angedrückten Verschlusspelotte mit Luftring, einem den vorragenden Darm bedeckenden Tubar, einem abschraubbaren Receptaculum für den Koth und einem daran befindlichen dünnen Gummischlauch; Schenkelriemen und ein 2. Gurt sichern die Unverschieblichkeit der ganzen Bandage.

Der Kranke kann mit diesem Apparat seinen Beruf als Wirth ausüben.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjährige Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26. Sonnabend, den 1. Juli. 1899.

Zur Spätnaht.

Von

A. Köppen in Norden.

In diesem Blatte[1] hat Privatdocent Dr. E. Braatz eine neue Art der Spätnaht angegeben, worauf ich mit einigen Worten eingehen möchte.

Als Indikation für die Spätnaht mit bei der Operation zu legenden Fäden nennt Braatz die Gefahr einer zweiten Narkose und die nicht durch Granulationen behinderte, also bessere Übersicht. Während ich den ersten Punkt völlig anerkenne, ja noch viel mehr betont sehen möchte, werde ich auf den zweiten späterhin noch zurückkommen.

Als specielle Indikation für die Spätnaht stellt Braatz die Fälle hin,

1) bei denen man auf prima intentio nicht rechnen kann,

2) bei denen wegen Blutung tamponirt werden muss.

[1] Eine neue Art von Spätnaht. Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 4.

Man wird sich hiermit einverstanden erklären können; ein Anderes ist es, ob man es auch mit dem von Braatz angegebenen Verfahren sein kann.

Bei Abschätzung der Spätnaht muss man die oben genannten Indikationen im Auge behalten, deren grundlegender Unterschied darin festzulegen ist, ob die Wunde inficirt ist oder nicht. Wo beide Indikationen, nämlich Blutung und die nicht oder voraussichtlich nicht zu vermeidende Infektion zusammentreffen, ist letztere der ausschlaggebende Faktor. Sie bestimmt unser Handeln.

Man wird bei der Operation nur dann schon die Fäden für die spätere Naht legen, wenn man eine Infektion der Wunde glaubt ausschließen zu können. Ist die Wunde verunreinigt, so werden die Fäden und die Stichkanäle inficirt. Es kann leicht zu einer phlegmonösen Entzündung in der Umgebung der Wunde kommen. Aber wenn auch nicht: Die inficirten Stichkanäle geben der geringsten Spannung, welche doch stets mehr oder weniger vorhanden ist, nach, und die geknüpften Fäden schneiden unweigerlich durch.

Wird man also das Legen der Fäden bereits bei der Operation nur bei voraussichtlich reinen Wunden vornehmen, so fragt es sich nunmehr, welche Vortheile die von Braatz vorgeschlagene Naht bietet. Näht man bei der Operation, und lässt man die Fäden liegen, so sollen dieselben sich bei einer größeren Anzahl als 5—6 verwirren, trocken und hart werden und mit den Verbandstoffen verbacken. Dies lässt sich aber mit Leichtigkeit vermeiden, wenn man an jeder Seite der Wunde die Fadenenden in ein zusammenzufaltendes Stück (sterilen) Pergamentpapiers legt. Was nun das angebliche Reißen des Stichkanals und der dadurch verursachten Schmerzen anbelangt, so besteht dieser Missstand bei der Naht nach Braatz doch mindestens in demselben Grade. Wenn Braatz angiebt, dass sich der Stichkanal beim Liegenbleiben der Fäden erweitere, so trifft dies doch nur für die inficirten Stichkanäle zu; bei reinen Stichkanälen wächst der Faden ein. Wahrscheinlich hat Braatz diesen Unterschied auch wohl beobachtet, aber nicht erklärt; sonst wäre die Angabe, möglichst einen dünneren, als den ursprünglichen Faden, durchzuziehen, überflüssig. Dass aber dies Durchziehen des Fadens in seiner ganzen Länge oder besser, jederseits in seiner halben Länge schonender sein soll, als das einfache Knüpfen der in der Schutzhülle intakt liegen gebliebenen Fäden, ist wenig einleuchtend. Es dürfte daher in allen Fällen, wo die Spätnaht vermittels liegengebliebener Fäden ausgeführt werden soll, das einfache Liegenlassen genügen.

Für diejenigen Fälle, in denen man später zu nähen gezwungen ist, also bei unreinen oder als unrein verdächtigen Wunden, empfehle ich, unter Infiltrationsanästhesie zu arbeiten. Man nimmt die schwächste Schleich'sche Lösung oder nach Heinze: Eucain B. 0,1, Natr. chlorat. 0,8, Aq. dest. 100,0.

Braatz wirft der Infiltrationsanästhesie aber einige Mängel vor, welche ihre Anwendung unmöglich machen sollen. Der Einwand, dass geschwächte und aufgeregte Kranke keine günstigen Objekte für die Infiltrationsanästhesie seien, dürfte künstlich konstruirt sein und in der Erfahrung Widerlegung finden. Der zweite Einwand, dass die durch die Granulationen verwischten Kontouren nach der Infiltrirung noch verschwommener sein sollen, trifft auch nicht zu, da Granulationen viel zu durchlässig sind, als dass sie sich aufschwemmen ließen. Dagegen bietet die Infiltrationsanästhesie den Vortheil, dass man zugleich die Granulationen mit dem scharfen Löffel entfernen kann. Man vermeidet dadurch nicht nur den gerügten Übelstand, dass die Granulationen das Erkennen der Gewebsschichten erschweren, sondern man erzielt so auch früher eine feste, widerstandsfähige Narbe.

Um so verfahren zu können, infiltrirt man die Haut und das Unterhautzellgewebe in der nöthigen Umgebung der Wunde, einschließlich des Wundrandes. Die Granulationen lassen sich dann eventuell bis auf das Peritoneum ohne Schmerz entfernen, worauf man die Nähte anlegt.

---

1) **Deutschländer.** Autorisirte Übersetzung von: Kirmisson, Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten angeborenen Ursprungs.

Stuttgart, **F. Enke,** 1899.

Das ausgezeichnete Werk, auf dessen reichen Inhalt und Bedeutung ich in dem Referat in No. 23 des Centralbl. für Chirurgie 1898 hinwies, hat in D. einen berufenen Übersetzer gefunden. Die Sprache ist so fließend, dass man das Gefühl hat, es handle sich nicht um eine Übersetzung, sondern um eine deutsche Arbeit. Und doch ist das Original in vorzüglichster Weise wiedergegeben. Die Ausstattung, die Abbildungen übertreffen in ihrer Ausführung die des Originals.

Das interessante und nicht allein für den Specialisten, sondern für jeden Arzt lesenswerthe Werk ist somit in vorzüglichster Weise den deutschen Lesern zugänglich gemacht. **Borchard** (Posen).

---

2) **Leppmann.** Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Äthernarkose.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 1.)

Während über die akuten und die späteren Wirkungen des Chloroforms zahlreiche Untersuchungen vorliegen, sind die analogen Studien über die Wirkung der Äthernarkose viel spärlicher. L. giebt daher einen neuen Beitrag für letztere. Er unterwarf Hunde, Katzen, Meerschweinchen und weiße Ratten langdauernden Äthernarkosen

und fand, dass höchstens eine geringfügige Fetteinlagerung in den Zellen der Nieren und der Leber stattfindet; diese Veränderung sei so gering, dass es zweifelhaft sei, ob sie überhaupt als pathologische anzusehen sei; jedenfalls sei sie gar nicht zu vergleichen mit den erheblichen Veränderungen nach Chloroformnarkose.

L. untersuchte ferner den Harn von Versuchsthieren, um zu sehen, ob die Äthernarkose Stoffwechselveränderungen hervorbringe, die auf Destruktion des Körpereiweißes hindeuten. Es ergab sich, dass die Stickstoffausscheidung zwar unverkennbar vermehrt wird, aber entfernt nicht in dem Maß nach Chloroformnarkose; die Ausscheidung neutralen Schwefels wird in nicht nennenswerther Weise durch die Äthernarkose beeinflusst.

L. schließt daraus, dass die Äthernarkose sowohl auf die anatomische Organstruktur als auf die Zerstörung des Gewebseiweißes viel weniger einwirkt, als die Chloroformnarkose.

Haeckel (Stettin).

---

3) **O. Zitzke.** Kasuistischer Beitrag zur Nervennaht.

Inaug.-Diss., Greifswald, **Adler,** 1899. 64 S.

Verf. bereichert die Kasuistik der Nervennaht um 20 in der Klinik von Helferich operirte Fälle. Die Naht wurde theils sofort nach Verletzung, theils nach Stunden, Tagen oder Monaten, in dem am spätesten operirten Falle 1 Jahr nach der Verletzung ausgeführt. Von 5 Fällen waren keine Nachrichten erhältlich. Unter den noch bleibenden 15 Pat. zeigten 4 keinen Erfolg, während bei den übrigen 11 — ca. 72% — ein mehr oder weniger deutlicher Erfolg nachweisbar war. 5 Fälle ergaben sogar eine vollständige oder fast vollständige Restitutio ad integrum. Bei 4 Pat. war der Erfolg unvollständig und in 2 Fällen gering.

Auf die Theorie der Nervenregeneration geht Verf. nicht näher ein.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

4) **O. Silberberg.** Über die Naht der Blutgefäße.

Inaug.-Diss., Breslau, 1899.

Die fleißige Arbeit enthält neben einer Zusammenstellung sämmtlicher publicirter Beobachtungen (28) einen Bericht über eigene Experimente an großen Hunden.

Zur Herstellung einer provisorischen Unterbrechung des Blutstroms in den zu operirenden Gefäßen (Jugularis, Carotis, Femoralis) bediente sich S. anfänglich der Klemme, dann, auf Rath Tietze's, der provisorischen Ligatur: die um die Gefäße herumgeführten Seidenfäden wurden langsam zusammengedreht und dann hart an der Gefäßwand mit einer Klemme fixirt. Die Naht — anfänglich Knopf-, dann immer fortlaufende Naht — durchdrang alle Schichten der Gefäßwand, darüber wurde noch eine Adventitianaht angelegt.

Die Versuche (26 an Venen, 8 an Arterien) bewiesen, dass die Längswunden an Venen die günstigsten Chancen für die Gefäßnaht

boten, nächst ihnen gaben die partiellen Querwunden der Venen die beste Prognose. Die Anlegung der Venennaht bei totaler Querdurchtrennung ist schwierig (von 6 Versuchen gelangen nur 2); möglich ist sie sogar bis zur Resektion eines 1—2 cm großen Stücks.

Von Querverletzungen bei Arterien bieten nur diejenigen Aussichten für die Naht, die nicht über $^1/_2$ bis höchstens die knappe Hälfte der Circumferenz hinausgehen.

Die Gefahren der Gefäßnaht, die bei den Versuchen hervortraten, waren: Nachblutungen bis zum Verblutungstod, Vereiterung, starke Verengerung der Nahtstelle bis zum Verschluss. Indessen beweisen die Versuche, dass es bei exakter Naht sehr wohl möglich ist, eine Blutstillung mit Erhaltung des betreffenden Gefäßlumens zu erzielen.

Der histologische Theil der Arbeit ist sehr kurz gehalten: Die Vereinigung der durchtrennten Gefäßwände geschieht durch Bindegewebe, das an der betreffenden Stelle meist alle anderen Elemente der Gefäßwand substituirt. Die Tunica elastica schwindet gänzlich. Das Endothel fehlt bei jungen Präparaten, in späteren Stadien beginnt eine langsame Regeneration. In der Umgebung der Narbe findet sich eine Verdickung der Gefäßwand, die S. mit der Verdickung bei einer geheilten Knochenfraktur vergleicht = Gefäßcallus.

Gross (Straßburg i/E.).

---

5) **Prutz.** Die Behandlung der Aktinomykose mit Jodkalium.
(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 1.)

P. versuchte an Thieren, die er mit Aktinomyces geimpft hatte, nachzuweisen, ob das Jodkalium im Stande sei, die Lebensfähigkeit des Aktinomyces zu beeinflussen. Er fand, dass das nicht der Fall sei; nicht bloß vermehrt sich der Pilz in einem Versuchsthier trotz dauernder Einführung von Jodkalium, sondern er lässt sich auch von diesem auf ein zweites Thier übertragen, und gedeiht hier, obwohl auch dieses Thier unter Jodkalium gesetzt wird.

Wenn sonach das Jodkalium nicht als eigentliches Specifikum gegen Aktinomykose betrachtet werden kann, so hat es doch, wofür P. eine Anzahl neuer klinischer Beläge beibringt, beim Menschen in so fern eine die Heilung begünstigende Wirkung, als es die Resorption der entzündlichen Produkte einleitet und die den Pilz beherbergenden Herde zu schneller Einschmelzung führt. Es kann das Jodkalium die operative Behandlung der Aktinomykose nicht verdrängen, macht aber die Fälle operabler, bereitet sie so vor, dass statt eines schweren nur ein leichter Eingriff nothwendig wird.

Die Wirkung des Jodkaliums tritt nicht in allen Fällen in Erscheinung, aber doch in den meisten, so dass principiell in jedem Falle seine Anwendung zu empfehlen ist. **Haeckel** (Stettin).

---

6) **Momburg.** Die Radikalheilung des Epithelialkrebses nach Czerny und Trunececk. (Aus der chirurgischen Klinik der Universität Kiel.)

(Therapie der Gegenwart 1899. Hft. 4.)

Kritik des Aufsatzes der Herren Czerny und Trunececk: »Über Radikalheilung des Epithelialcarcinoms« (Wiener med.-chir. Centrbl. 1897 No. 22), in dem bekanntlich über Heilung flacher Hautcarcinome mittels äußerer Anwendung von Arsen in alkoholischer Lösung berichtet wurde.

M. zweifelt die Richtigkeit der Diagnose an, zeigt, dass das Verfahren nicht neu, bereits von v. Esmarch angewandt sei und weist schließlich auf die Gefahren hin, welche entstehen, wenn, wie in diesem Falle geschah, Gerüchte von Erfolgen, welche doch nur Scheinerfolge seien, in die Öffentlichkeit dringen.

Gross (Straßburg i/E.).

---

7) **O. Ansinn.** Über Cystocele cruralis.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1899.

Mit der Zunahme der Radikaloperationen der Brüche hat sich die Zahl der beobachteten Cystocelen erheblich vermehrt. Bisher sind 181 Fälle bekannt (Hermes, Brunner), und zwar meist von Cystocele bei Leistenbrüchen. 2 Beobachtungen (aus der Greifswalder Klinik) der viel selteneren und weniger bekannten C. cruralis veranlassten A., alle Fälle von Vorliegen der Blase in Schenkelbrüchen zusammenzustellen. Einschließlich der eigenen führt er 22 Beobachtungen an; nur 3mal war es möglich, die Diagnose vor der Operation zu stellen.

Die Cystocele, als Komplikation der Hernie, wurde meist bei Incision des Bruchsacks erkannt; als Besonderheit fiel Verdickung an der hinteren und medialen Seite, Anhäufung von Fett, Gefühl eines doppelwandigen Organs etc. auf. In 7 Fällen wurde die vorliegende Harnblase erst nach ihrer Eröffnung erkannt, 8mal erst nach der vollendeten Operation (2mal Urinfisteln, 3mal Obduktionsbefund).

Die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Cystocele cruralis werden besprochen, ohne dass wesentlich Neues geboten würde.

Gross (Straßburg i/E.).

---

8) **F. Roche.** De la cystocèle inguino-scrotale.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1899. No. 1.)

Verf. theilt einen Fall von Cystocele inguino-scrotalis bei einem 40jährigen Kranken mit. Die Diagnose konnte erst gestellt werden, als bei der Radikaloperation des Bruches die Blase in der Länge von ca. 3 cm eröffnet wurde. Blasennaht etc. Heilung.

Verf. giebt dann einen kurzen Überblick über die Geschichte der Cystocele. Der inguinale Blasenbruch betrifft fast ausnahmslos das männliche Geschlecht und das Alter zwischen 50 und 70 Jahren. Die Ursache ist eine länger andauernde Atonie oder Paralyse der

Blasenmuskulatur, wie sie namentlich im Gefolge von Prostatahypertrophie, Harnröhrenstrikturen u. A. m. beobachtet wird. Hierzu kommen dann noch eine Reihe von Hilfsursachen (Lipome etc.).

In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um eine Cystocele inguinalis, dann folgen der Häufigkeit nach C. inguino-scrotalis; C. cruralis; C. perinealis; C. obturatoria; C. vaginalis; C. urethralis.

Die Cystocele ist fast ausnahmslos einseitig. Doppelseitige Cystocelen sind bisher nur 4mal beobachtet worden. Die Cystocele kann allein vorhanden sein; häufig sind noch andere Organe, namentlich der Darm an der Bruchbildung betheiligt. Verf. bespricht dann das verschiedene Verhalten des Bauchfells zur Cystocele und die darauf begründeten Eintheilungen und geht dann auf die Diagnose der Cystocele über. Die vielfachen, in den Lehrbüchern angegebenen diagnostischen Merkmale können sämmtlich täuschen, und schon den bedeutendsten Chirurgen sind hier Irrthümer unterlaufen. In der Mehrzahl der Fälle ist, wenn überhaupt, die Diagnose erst während der Operation gestellt worden. Die Prognose der Cystocele ist günstig, wenn eine richtige Diagnose bereits vor der Operation oder während der Operation, aber vor der Eröffnung der Blase gestellt werden konnte. Wird die Cystocele erst diagnosticirt, nachdem die Blase bereits eröffnet ist, so richtet sich die Prognose danach, ob die Blasenwundränder sofort vernäht werden und per primam heilen können. Dann ist auch hier die Prognose günstig. Etwa zurückbleibende Fisteln heilen oft spontan oder nach kleinen chirurgischen Eingriffen. Vorbedingung ist hierbei, dass die Nieren gesund sind und gesund bleiben. Sehr ernst ist die Prognose natürlich dann, wenn die Blase bis zur Beendigung der Operation als Bruchsack angesehen, resecirt und vernäht wird. Der richtige operative Eingriff bei Cystocele besteht in der Radikaloperation. Die von Tuffier empfohlene Cystopexie ist höchstens auf jugendliche Individuen mit gesunden Blasenwandungen zu beschränken.

P. Wagner (Leipzig).

---

9) **Roux** (Lausanne). Nouveau procédé de cure radicale de la hernie crurale.

(Anjou médical 1899. No. 2.)

R. erzielt den Verschluss der Bruchpforte bei Schenkelbrüchen in sehr origineller Weise: er zieht nach Abbinden und Abtragen des Bruchsacks die Schenkelgefäße nach außen und schlägt dann einen ∩-förmigen Drahtstift (wie ihn die Tapezierer verwenden) durch das Poupart'sche Band in das Schambein ein, und zwar so, dass er etwas schräg zu stehen kommt, mit dem einen Schenkel etwas mehr nach hinten, d. h. nach dem Beckeninnern hin, als mit dem anderen. Die beiden Schenkel des Stifts stellen nun so zu sagen ein Gitter dar, durch welches der Bruch am Wiederaustreten verhindert werden soll.

Nach den Erfahrungen von R. soll dieser Stift gut ausgehalten werden. Er soll seinen Dienst noch leisten, auch wenn er in Folge Osteoporose gelockert ist und nicht mehr fest sitzt. In Fällen von starker Ausdehnung der ganzen Gefäßlücke wird auch diese Methode ungenügend sein, doch nimmt R. an, dass sie auch hier noch gestattet, eine verhältnismäßig gute Spannung des Poupart'schen Bandes zu erreichen. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

10) **Penzo.** Cento ernie inguinali curate col metodo Bassini ed alcune particolarità sulla sua tecnica operativa.

(Morgagni Parte II. 1899. No. 11.)

Kocher hat dem Bassini'schen Verfahren vorgeworfen, dass es mühselig und eingreifend ist, so wie bei alten Leuten und sehr großen Brüchen, wenn in Folge von Nahteiterungen die Nähte nicht halten, die Resultate schlecht sind. Der erste Vorwurf wird heute durch die Verbreitung des Verfahrens widerlegt, was den zweiten anlangt, so hat auch Kocher 1,8% Eiterungen gehabt.

Der Hautschnitt soll möglichst kurz sein und tief liegen, da der untere Wundwinkel am schwersten vor einer Infektion zu schützen ist. Die Aponeurose des Musculus obliquus soll nur im Bereich des Leistenkanals bloßgelegt werden, ohne dass das bedeckende und ernährende Bindegewebe zu viel von ihr entfernt wird. Die Aponeurose wird am oberen inneren Rand des Samenstrangs eingeschnitten, damit nachher die Naht nicht gerade über dem Samenstrang liegt. Die beiden Theile des Kremaster werden tief getrennt und durchschnitten, die Fascia verticalis stumpf getrennt, und nachdem die dreifache Lage mit einer Pincette gefasst ist, wird der Sack möglichst hoch umschlungen und unterbunden.

Bei großen Hernien findet sich fast immer ein fibröser Strang, die obliterirte Nabelarterie, der von unten außen nach oben innen läuft und den unteren Rand des Sackes kreuzt. Man macht denselben vorsichtig nach unten frei, wo man alsbald auf das vaskularisirte prävesikale Bindegewebe und eine dicke, harte, röthliche und leicht blutende Falte trifft, die dem seitlichen Theil der Harnblase angehört.

Die dreifache Schicht wird mit 6—7 Nähten am hinteren Rand des Ligamentum Pouparti vernäht, darauf fortlaufende Naht der Aponeurose. Bassini verwendet zu Nähten und Unterbindungen ausschließlich Seide. **Dreyer** (Köln).

---

11) **Bull** and **Colley.** Observations upon the operative treatment of hernia at the hospital for ruptured and crippled.

(Annals of surgery 1898. November.)

In der vorliegenden Arbeit berichten Verff. über ein außerordentlich reichhaltiges Material: Es sind vom December 1895 bis September 1898 allein 400 Radikaloperationen gemacht worden, von

denen 352 männliche und 48 weibliche Individuen betrafen. Es handelt sich dabei um Kinder, von denen 236 ungefähr 1 Jahr, 142 annähernd 2 Jahre alt waren. Die bevorzugte Methode ist die von Bassini; zu den versenkten Nähten wird Känguruhsehne genommen. 3 Pat. starben, 2 in Folge einer Wundinfektion. Primäre Heilung kam 373mal zu Stande. Zählen die Verff. ihre gesammten Operationen zusammen, so verfügen sie über 618 Bassini'sche Operationen mit 12 Recidiven. Dieser Reichthum an Material hat Gelegenheit zu den mannigfachsten Beobachtungen gegeben, über welche Verff. in gedrängter Kürze berichten und in Bezug auf welche auf das Original verwiesen werden muss. Als Indikation für die Operation stellen sie bei Kindern auf: 1) soll operirt werden bei Kindern über 4 Jahre, sobald ein Bruchband erfolglos getragen worden ist, 2) bei offenem Proc. vaginalis und Ansammlung von Flüssigkeit im Bruchsack, 3) bei irreponiblen Brüchen, 4) bei Schenkelbrüchen. Bei erwachsenen Personen lassen Verff. als Kontraindikation nur gelten vorgeschrittenes Alter (über 60 Jahre) und sehr große irreponible Brüche bei dicken Leuten. Die an und für sich so gut wie ungefährliche Operation sei sonst immer erlaubt. **Tietze** (Breslau).

---

12) **Assaky** (Bukarest). Die Radikaloperation der freien Leistenbrüche mittels Naht des inneren Leistenrings.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 14.)

Bei der in Beckenhochlagerung des Kranken auszuführenden Operation wird ein bis 6—7 cm langer Bauchschnitt »bis zu 1 cm vor dem Punkt der Mitte des Leistenrings« gemacht. Nach Orientirung über den Zustand des letzteren und des Leistenkanals folgt eine Umschneidung des Bauchfells um die peritoneale Öffnung, circa 1 cm von ihr entfernt — unter Schonung des Samenstrangs —, und eine vorsichtige Präparirung bis zum Bruchsackhals, darauf entweder eine vollständige Resektion des nicht verwachsenen Bruchsacks oder bei Bestehen von Verwachsungen eine Unterbindung des Halses und schließlich die Naht des inneren Leistenrings mittels 2—3 Katgutsuturen (s. Original) und der Bauchwunde.

A. rühmt der bisher in 10 Fällen angewandten Operationsmethode, über deren endgültige Resultate er zunächst noch nichts Sicheres (1. Operation im Oktober 1898) mitzutheilen vermag, Einfachheit und rasche Ausführbarkeit nach. **Kramer** (Glogau).

13) **A. E. Barker.** Fifteen consecutive cases of acute intussusception. With appendix including all cases of acute intussusception treated at University College Hospital by the surgical staff from the year 1877.

(Clinical soc. transactions Vol. XXXI.)

Die Behandlung der akuten Invagination wird fast ausnahmslos nur dann von Erfolg sein, wenn sie vor Einsetzen der Gangrän des

eingeklemmten Darms die Lösung der Intussusception herbeiführt. Eingießungen und Lufteinblasungen sind unter allen Umständen erfolglos, wenn sie auf einen oberhalb der Ileocoecalklappe gelegenen Darmabschnitt einwirken sollen, also bei allen Dünndarminvaginationen und bei der Invaginatio ileocolica — nach Leichtenstern 38% aller Invaginationen. Von den übrig bleibenden 62% sind viele Fälle der unblutigen Behandlung nicht mehr zugänglich, weil sie zu spät in Behandlung kommen, in anderen führt die Eingießung oder Einblasung nur zu einer Scheinreduktion mit bald folgendem Recidiv.

B. selbst erlebte dies Ereignis in 6 von seinen 15 Fällen. Auf den dadurch bedingten Zeitverlust führt er 3 Todesfälle zurück. Er schließt aus seinen Erfahrungen, dass man die unblutige Behandlung nur in den seltenen Fällen versuchen soll, die wenige Stunden nach Einsetzen der Symptome in Behandlung kommen, bei allen anderen dagegen sofort zur Laparotomie schreiten soll. Um die Gefahren des Bauchschnitts zu verringern, macht B. denselben nur so groß, dass er mit 2 Fingern in die Bauchhöhle eingehen kann, was für die lösbaren Invaginationen genügt. Von 15 nach diesen Grundsätzen behandelten, d. h. laparotomirten Pat. sind 10 geheilt worden. — Frühzeitige Diagnose, die meist nicht schwer zu stellen ist, und sofortige energische Behandlung, in der Mehrzahl der Fälle durch Bauchschnitt, das sind nach B.'s Ansicht die Vorbedingungen für eine Verbesserung der Erfolge.

(Auf dem Standpunkt B.'s stehen heute die meisten englischen und amerikanischen Chirurgen ganz besonders hinsichtlich der Verurtheilung der energischen und langdauernden Anwendung der unblutigen Methoden, die sie für viel gefährlicher halten als den Bauchschnitt. Die von ihnen erzielten Erfolge sind so viel besser als die seither erreichten, dass sie ihr Vorgehen zu rechtfertigen scheinen. Ref.) **R. v. Hippel** (Dresden).

Kleinere Mittheilungen.

14) **A. Catterina** (Camerino). Beitrag zur Heilung der Aktinomykose mit großen Dosen Jodkali.

(Clinica chirurgica 1898. No. 2.)

Mittheilung eines Falles von Unterkieferaktinomykose (72jährige Frau mit handtellergroßer fistulöser Geschwulst in der rechten Massetergegend), welcher durch interne Verabreichung von Jodkali in Zeit von 4 Wochen vollständig geheilt wurde. Es wurde mit 1 g täglich begonnen, Anfangs um 0,25, später um 0,5 g täglich gestiegen, bis man am Ende der Heilung auf die tägliche Dosis von 14 g gelangt war, wobei nur 2mal wegen Leibschmerzen und Acne mit dem Medikament hatte ausgesetzt werden müssen. **Fr. Brunner** (Zürich).

15) **M. L. H. S. Menko** (Amsterdam). Die künstliche Eiterung nach der Methode Fochier's bei Pyämie und anderen akuten Krankheiten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 9.)

Bei einer 43jährigen Frau, welche an allgemeiner, vom Geschlechtsapparat ausgehender, pyämischer Infektion litt, wendete M., nachdem alle einschlägige

Therapie im Stich gelassen hatte, die von Fochier aus Lyon 1894 veröffentlichte Behandlungsmethode an, welche in der Erregung künstlicher Eiterungen mittels Injektionen von Terpentinöl besteht. M. spritzte 2 g Oleum terebinthinae in die Wade der Pat. ein; bald darauf sistirten die Schüttelfröste und es erfolgte Besserung, nachdem sich ein Abscess an der Injektionsstelle gebildet hatte. Nach einigen Tagen trat neuerdings ein Schüttelfrost auf, was Verf. veranlasste, die Terpentinölinjektion zu wiederholen. Der Erfolg war wieder ein erstaunlicher. Die Temperatur blieb zwar noch durch einige Tage erhöht, dann ging sie zur Norm zurück und die übrigen Krankheitserscheinungen schwanden rasch. Bald konnte Pat. das Bett verlassen und sich dem gesellschaftlichen Leben widmen.

Auch bei anderen allgemeinen Infektionskrankheiten, in deren Verlauf es zu Eiterungen kommt, hat Fochier seine Methode empfohlen (Typhus, Erysipelas, Osteomyelitis, Pneumonie etc.). Prognostisch haben die künstlich erzeugten Abscesse in so fern eine Bedeutung, als eine gute Reaktion eine wahrscheinliche Heilung der Fälle bedeutet, während bei schweren, hoffnungslosen Fällen von Pyämie keine oder nur eine geringfügige Eiterung beobachtet wird. Die hervorgerufenen Eiterungen zeigen in manchen Fällen in kurzer Zeit Fluktuation, der Eiter perforirt bald die Haut, oder die stürmischen Erscheinungen, unter denen der Abscess entstand, schwinden, und die Eiterung kommt zur Resorption, oder aber es kommt nicht zur Fluktuation, der Schmerz ist gering und die Haut zeigt normales Aussehen.

Die Öffnung der Abscesse soll nach Fochier erst vorgenommen werden, sobald sich die Kranken in voller Rekonvalescenz befinden. Ist dies nicht der Fall, und will man den Eiter doch entleeren, dann muss man eine neue Eiterung hervorrufen. Eine Erklärung über die therapeutische Wirkung der künstlichen Eiterung giebt M. nicht ab, glaubt jedoch, dass sich in den Abscessen Antitoxine bilden, welche die Heilung bewirken. **Gold** (Bielitz).

16) **Franz.** Herniologische Beobachtungen mit besonderer Berücksichtigung der Radikaloperationen, mitgetheilt aus der v. Eiselsberg'schen Klinik in Königsberg.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 1.)

Der Bericht umfasst das sehr reichhaltige Material v. Eiselsberg's vom Februar 1896 bis Juli 1898 und bietet in mannigfacher Beziehung Interesse. F. beginnt mit der Erörterung der Radikaloperation freier Brüche, deren Frequenz folgende ist: 100 Leistenbrüche von 77 Pat., 18 Schenkelbrüche, 3 Herniae epigastricae, 7 Nabelbrüche, 4 Ventralbrüche. Zur Radikaloperation der Leistenbrüche benutzte v. Eiselsberg mit einer einzigen Ausnahme, wo das 3. Kocher'sche Verfahren angewendet wurde, die Bassini'sche Methode. v. Eiselsberg giebt dieser den Vorzug, weil bei ihr im Gegensatz zu dem Kocher'schen Verfahren jeder Operationsakt unter Leitung des Auges ausgeführt wird; ferner weil er sie für zuverlässiger hält, in so fern sie durch die Naht des Obliq. int. und transversus an das Poupart'sche Band eine widerstandskräftige hintere Leistenkanalswand schafft, worauf es zur Verhütung des Recidivs aber besonders ankommt. Die Operation fand stets unter Narkose mit Billroth'scher Mischung statt. Die technischen Vorschriften Bassini's wurden mit ganz geringen Modifikationen genau befolgt. Nahtmaterial stets Seide, Operationsdauer durchschnittlich nur 20—30 Minuten. Entfernung der Nähte am 7.—8. Tage; die Kranken verließen Ende der 3. Woche das Bett, nach ca. $3^1/_2$—4 Wochen das Spital, und zwar ohne Bruchband; Wiederaufnahme der Arbeit wurde nach 2—3 Monaten gestattet. Unter den Pat. finden sich 14 Kinder, das jüngste $1^1/_2$ Jahr alt — vor Ablauf des 1. Jahres wurde die Operation abgelehnt. Was den Verlauf betrifft, so trat — von nebensächlichen Stichkanalentzündungen abgesehen — in 13 Fällen (13%) Heilung unter Eiterung ein, meist im Anschluss an Ausstoßung tiefer Nahtfäden oder kleiner Fasciensequester. Von sonstigen Verlaufskomplikationen seien 10 Hämatome erwähnt. Was das Dauerresultat der Operationen betrifft, so sind 4 Re-

cidive im Ganzen festgestellt. Doch ist nur bei 53 Kranken seit der Operation über 1 Jahr verflossen, auf welche 3 Recidive = 6,4% entfallen.

Die Schenkelbrüche, 14 an der Zahl, wurden ebenfalls nach Bassini'schen Regeln, doch mit der von Billroth stammenden Modifikation operirt, dass die medialen Nähte den Schenkelbogen an den Ansatztheil der Adduktoren hefteten. 2 Fälle heilten unter Eiterung, Recidive wurden 2mal konstatirt. Die 3 operirten epigastrischen Brüche blieben recidivfrei, von den 7 Nabelhernien, unter denen 1 Pat. an Lungenembolie 14 Tage p. op. starb, dagegen nur 3. Die Operation geschah hier meist mittels der Condamin-Bruns'schen Omphalektomie, gefolgt von Etagennaht der Bauchdecken, zum Theil so, dass nach dem Biondi'schen Vorschlag die Nahtrichtung abwechselnd loth- und wagerecht gemacht wurde. Die 4 operirten Ventralhernien sind ätiologisch interessant: 2 waren traumatischen Ursprungs, 2 nach Epityphlitisschnitten hinterblieben.

Der jetzt folgende Bericht über die Herniotomie eingeklemmter Brüche behandelt 48 Fälle (20 Leisten-, 27 Crural- und 1 Nabelhernie). Da ein großer Theil der Kranken in sehr schlechtem Zustand zuging, erfolgte in 16 Fällen der Exitus. 12mal waren Darmresektionen erforderlich, und zwar 2mal eine Keilexcision (beide geheilt), 10mal eine Querresektion (7 gestorben). Technisch fanden die Operationen nach dem bekannten modernen Princip als »offene Herniotomien« ohne das alte Debridement statt, verdächtige Schnürfurchen wurden übernäht, die Resektionen stets primär ausgeführt, ein Kunstafter nur 1mal angelegt. Der Herniotomie wurde meist noch die Radikaloperation hinzugefügt, mit recht befriedigendem Resultat. Einige Fälle von besonderem kasuistischen Interesse werden detaillirt beschrieben und seien auch hier besonders hervorgehoben: 4 Fälle von en bloc-Reposition, als solche exakt nachgewiesen (3 gestorben), und 1 Hernia inguino-properitonealis. Die letztere wurde mittels Laparotomie operirt. Es fand sich eine innere Einklemmung in einer walnussgroßen Bauchfelltasche am inneren Bauchring. Heilung.

Die vom Verf. bei Besprechung seines Materials sorgfältig herangezogene neuere Hernienlitteratur ist zum Schluss in einem 171 Nummern zählenden Verzeichnis zusammengestellt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

17) **J. Borelius.** 200 radikaloperationer för bråck, utförda på Karlskrona lasarett 1891—1897.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. IX. No. 1 u. Bd. X. No. 4.)

Die stets wachsende praktische Bedeutung der Operation eines der am weitesten ausgebreiteten körperlichen Gebrechen berechtigt jeden Versuch, die Frage der Radikaloperation der Brüche zu lösen oder zu beleuchten. Verf. hat in den vorliegenden 2 Publikationen, deren letzte als Erzeugung der ersten zu betrachten ist, seine eigenen Erfahrungen der betreffenden Frage dargelegt. Die Resultate, über welche er ausführliche tabellarische Zusammenstellungen gemacht hat, gestalten sich so, dass auf 147 Operationen wegen nicht eingeklemmter Brüche nur 1 gestorben ist (47jähriger Mann, Herzschwäche am 7. Tage p. op., Wunde geheilt). In 3 Fällen ist Komplikation mit Thrombose des Beins eingetreten; völlig aseptische Heilung in 120 Fällen; Auswandern der Seidenfäden in 19 Fällen; Eiterung in 8 Wunden bei 7 Pat. (1 bilaterales). Unter 53 Operationen wegen incarcerirter Brüche sind 42 Fälle ohne Eiterung geheilt; in 5 ist solche eingetreten; in 6 konnte nicht auf prima intentio gerechnet werden.

Mehr als 1 Jahr nach der Operation gestaltet sich das weitere Schicksal der Pat. in folgender Weise. Von den 147 wegen nicht eingeklemmter Brüche Operirten sind 81 ohne Recidiv geblieben; in 19 Fällen ist ein solches eingetreten; in 46 sind keine Nachrichten eingelaufen; 1 gestorben. Die bezüglichen Zahlen der 53 eingeklemmten sind 16, 8, 25 und 4. Im Allgemeinen sind die Recidive vor dem Ende des 1. Jahres erfolgt. Vorgeschrittenes Alter der Pat. begünstigt das Auftreten von Rückfällen. Auch das Alter des Bruches ist von Einfluss; in mehr als der Hälfte der Fälle bestand die Krankheit über 10 Jahre. Schließlich

muss auch die Größe des Bruches beachtet werden: je größer der Bruch, desto öfters Rückfall.

Über die Operationsmethode will Verf. kein Urtheil abgeben, da sämmtliche Fälle mit wenigen Modifikationen in Einzelfällen nach Bassini operirt worden sind. Dagegen konnte Verf. mehrmals konstatiren, dass nicht, wie man es ehedem glaubte, die Eiterung der Wunde eine definitive Heilung ausschließe.

A. Hansson (Cimbrishamn).

18) **A. E. Barker.** A study of two hundred consecutive operations for the radical cure of hernia.

(Brit. med. journ. 1898. September 10.)

Von den 200 operirten Hernien waren 10 Schenkel-, 4 Nabel-, 13 Bauchbrüche, die übrigen Leistenbrüche, darunter 30 doppelseitige. Das Alter der Kranken schwankte zwischen 3 Monaten bis zu 70 Jahren. Die Leistenbrüche wurden 79mal nach B.'s Methode operirt, 57mal nach Bassini, 7mal nach Kocher und 2mal nach Macewen. Die Bassini'sche Methode hält B. für die beste. Bei Nabelbrüchen näht er mit Silberdraht.

Die Indikationsstellung zur Radikaloperation ist die allgemein übliche.

Todesfälle erfolgten 3mal nach der Operation. Der eine war der Äthernarkose zur Last zu legen; von den beiden anderen Operirten mit sehr großen irreponiblen Leistenbrüchen, starb der eine an Darmverschluss, der andere an septischer Peritonitis.

Störungen im Wundverlauf, meist nur geringfügiger Art, wurden bei 26 Fällen beobachtet. Dazu gehört namentlich das Herauseitern von Seidenfäden. (B. verwendet zu den versenkten Nähten stets Seide.) Dieses führt B., eben so wie Poppert, auf zu festes Zuschnüren der Fäden zurück, wodurch die ohnehin schlecht ernährte Aponeurose nekrotisch würde.

2mal wurde das Vas deferens verletzt, 1mal versehentlich durchschnitten, 1mal beim Isoliren mit dem Fingernagel durchrissen. **R. v. Hippel** (Dresden).

19) **v. Hopffgarten.** Über eine Dünndarmgeschwulst (Lymphangiom) als Operationsbefund bei einem eingeklemmten Schenkelbruch.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 419.)

Dieser seltene, ja, wie es scheint, einzig dastehende Fall betrifft eine sonst gesunde, 45jährige Frau, welche seit 12 Jahren einen in der rechten Schenkelbeuge öfters hervortretenden »Bruch« hatte. Nachdem letzterer seit einigen Tagen irreponibel geworden, auch Leibschmerzen, Verstopfung, aber kein Erbrechen eingetreten, Operation. Schnitt über die hühnereigroße, harte, druckempfindliche (als Netzbruch diagnosticirte) Geschwulst. Nach Eröffnung des Bruchsacks erscheint eine kompakte runde Geschwulst, von Serosa überzogen, zahlreiche kleine Cysten enthaltend, so dass an ein degenerirtes Ovarium gedacht wird. Nach Erweiterung der Bruchpforte und Zug an der Geschwulst erscheint aber eine Dünndarmschlinge, deren konvexer Seite die Geschwulst in ca. 2 cm Ausdehnung aufsitzt. Um- und Ausschneidung der Geschwulst vom Darm, wobei letzterer 2 cm weit in der Längsrichtung eröffnet wird. Quere Naht und Versenkung des Darms. Wundtamponade, glatte Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung ergab den der makroskopischen Betrachtung entsprechenden Befund zahlreicher Lymphcysten, eingebettet in ein zum Theil myxomartiges Bindegewebe mit Wucherungsprocessen sowohl an der bindegewebigen Matrix wie an den Lymphgefäßendothelien.

Die Arbeit schließt mit einer Umschau auf der sehr spärlichen Litteratur der cystischen Geschwülste im Verdauungskanal und der an Därmen, die in Brüchen vorlagen, sonst beobachteten Neubildungen. Von Interesse ist, dass die Einklemmungserscheinungen in v. H.'s Fall nur durch Zug am Darm seitens der vorgefallenen Geschwulst entstanden waren. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

20) **E. Ajevoli.** Lymphangiome in Hernien.

A., Docent für Chirurgie in Neapel, ersucht die Redaktion, folgende Beobachtung zu veröffentlichen:

Ende 1894 operirte A. eine Frau, welche seit 15 Jahren in der rechten Schenkelbeuge eine reponible Geschwulst bemerkte, die für eine Hernie erklärt, durch ein Bruchband zurückgehalten wurde. Seit 5 Tagen irreponibel geworden, musste der Bruch operirt werden; es fand sich eine eingeklemmte Dünndarmschlinge und im Grunde des Bruchsacks eine cystische Geschwulst[1]. Durch zahlreiche histologische Präparate von letzterer kam A. zur Überzeugung, dass es sich um ein cystisches Lymphangiom handle und indem er seine persönlichen Untersuchungen durch diejenigen anderer Autoren (Flemming, Bayer, Polyakoff, Hammar) bestätigt fand, bekennt er sich zu der Auffassung, dass das subseröse Angiom aus dem subserösen Lipom hervorgehen könne. Er hält seinen Fall, den er ausführlich im Policlinico vom 15. September 1898 bearbeitet hat, für ähnlich dem jüngst von v. Hopffgarten in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. L p. 419 publicirten und möchte durch diese kurze Mittheilung auf diese seltenen Vorkommnisse hinweisen.

21) **Dreesmann.** Über größere Darmresektionen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 16.)

Es handelte sich um eine 37jährige Pat., bei der D. in Folge Gangrän (incarcerirte Schenkelhernie mit Torsion der Darmschlingen) 2,15 m Ileum reseciren musste. Heilung p. p. i. Die nach einigen Monaten wieder untersuchte Frau gab vollkommenes Wohlbefinden an und zeigte, dass eine nennenswerthe Körpergewichtsabnahme nicht stattgefunden hatte.

In der Beantwortung der Frage, wie viel Darm beim Menschen ohne Gefährdung seiner Gesundheit resecirt werden kann, kommt D. auf Grund einer Zusammenstellung aller Darmresektionen von über 1 m (25 Fälle), zu dem Schluss, dass in Fällen, wo noch eine kompensatorische Hypertrophie des restirenden Darms eintreten kann, also in erster Linie bei jugendlichen Individuen, auch größere Darmresektionen (Resektionen etwa über 2 m, ca. 1/3 der Darmlänge) ertragen werden, ohne dass dadurch Verdauungsstörungen bewirkt werden. Bei älteren Personen, welche gleichzeitig noch anderweitig erkrankt sind, ist diese kompensatorische Hypertrophie nicht mehr zu erwarten, und wird man daher bei solchen Individuen bei größeren Resektionen schonend vorgehen müssen.

Gold (Bielitz).

22) **H. Strehl.** Ein Fall von 15facher, zum Theil spastisch-entzündlicher Darmstenose tuberkulösen Ursprungs.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 411.)

Die aus der Königsberger Klinik stammende Beobachtung betrifft ein 29jähriges, phthisisches Mädchen, gleichzeitig an Darmstörungen leidend, welche bestanden in Durchfällen, verbunden mit Kolikanfällen und gleichzeitigen, heftigen Darmgeräuschen. Da eine faustgroße, harte Ileocoecalgeschwulst vorhanden, wurde tuberkulöse Darmstriktur diagnosticirt und zur Laparotomie geschritten. Bei letzterer fand sich nun zwar, wie erwartet, die tuberkulöse geschwulstartige Darmverdickung am Blinddarm, außerdem aber an dem vorgezogenen Ileum in Abständen von 10—30 cm »im Ganzen 14 deutlich sichtbare Einschnürungen, von denen einzelne bei Invagination schätzungsweise nur für einen Federkiel durchgängig sind«. Darmserosa an diesen Stellen injicirt und mit kleinen Tuberkeln besetzt. Mit einzelnen dieser Strikturen sind Tuberkel tragende Netzzipfel verwachsen. Da bei der Ausdehnung der Verengerungen über fast den ganzen Darm eine Resektion, dessgleichen eine totale Darmausschaltung unthunlich erscheint, Anlage einer Anastomose zwischen Colon transversum und gesundem Ileum, d. h. oberhalb dessen

[1] Leider ist nicht genau angegeben, wo diese saß, ob am Darm oder am Bruchsack.

oberster Verengerung. Die Darmstenosenerscheinungen hörten auf, dagegen verschlimmerten sich die Lungenbefunde und erfolgte der Tod nach 11 Tagen unter Zeichen überhandnehmender Schwäche. Die Sektion ergab den interessanten und wichtigen Befund, dass von den bei der Operation so hochgradig befundenen Ileumstrikturen nur noch ganz geringe Andeutungen vorhanden waren. An den fraglichen Stellen fanden sich zwar tiefe, bis auf die Muscularis reichende tuberkulöse Geschwüre, doch die Darmwand nur sehnig verdickt und »etwas narbig konstringirt«. Hieraus erhellt, dass die früheren Verengerungen spastisch-entzündlicher Art gewesen sein mussten, und wahrscheinlich hat die hergestellte Darmanastomose durch Ableitung des Kothstroms die Rückbildung dieser entzündlichen Krämpfe bewirkt, womit der therapeutische Werth dieser Operation von Neuem bewiesen ist. Außerdem ergab die Sektion als 14. Stenose die Verdickung am Blinddarm, wo die Valvula Bauhini nur mit Mühe den kleinen Finger passiren ließ, und eine 15. an der Flexura hepatica coli. Diese bekanntlich schon von anderen Autoren (z. B. Hofmeister) gefundene Multiplicität tuberkulöser Darmstenosen lehrt, dass man bei Operationen in solchen Fällen den ganzen Darm genau durchforschen muss. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

23) **U. Zuensel.** Beiträge zur Kenntnis der angeborenen Darmgeschwülste.

(Nordisk med. Arkiv N. F. Bd. IX. No. 30.)

Die mit ausgezeichneten Abbildungen versehene Arbeit Verf.s enthält zuerst eine sehr genaue Beschreibung von 4 Fällen der von Roth zuerst erwähnten seltenen Enterokystome, welche durch Ausbleiben der normalen und in Folge einer unregelmäßig fortschreitenden Involution des Ductus omphalo-mesentericus aus dessen persistirenden Resten entstanden sind. Die mikroskopische Untersuchung der Schnitte ergab, dass die cystische Geschwulst eben in der Darmwand sich befand. In den 2 ersten Fällen fand Verf., dass die Wand der vorhandenen einkammerigen Cyste aus mehr oder weniger entwickelter Schleimhaut und übrigens aus glatter Muskulatur bestand. Die mikroskopischen Bilder zeigten ferner, dass an Stelle der Geschwulst die Darmwand sich in der Weise theilte, dass einerseits die Serosa und die beiden Muskelschichten sich in die freie Cystenwand hinüber fortsetzten und einen nicht unwesentlichen Theil derselben bildeten, andererseits die Schleimhaut den in die Darmlichtung hineinragenden Theil der Cyste bekleidete. Die Cyste lag also in der Submucosa des Darms. — Im Falle No. 4 konnte Verf., auf mikroskopische Bilder gestützt, in analoger Weise zeigen, dass die Lage der Cyste subserös war. Der 3. Fall war mit Sarkom komplicirt. Die Geschwulst hatte sich in der Scheidewand zwischen Darm und Cystenlichtung entwickelt und verschiedene Strukturveränderungen hervorgerufen. Dem ungeachtet glaubt Verf. sich berechtigt, ein Enterokystom mit wahrscheinlicher Entwicklung zwischen den beiden Muskelschichten des Darms zu diagnosticiren.

Danach durchmustert Verf. die betreffende Litteratur und liefert eine übersichtliche Darstellung sämmtlicher hierher gehöriger Fragen.

Im 2. Theil seiner Arbeit beschreibt er einen Fall von Myoadenom im Dünndarm eines $2^3/_4$ Monate alten Kindes. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass hauptsächlich in der Submucosa des Darms Drüsenschläuche lagen, die in der Regel von einem breiteren oder schmäleren Ring glatter Muskulatur umgeben waren. Die Drüsenschläuche zeigten nirgends einen Zusammenhang mit den Drüsen der die Geschwulst überziehenden Darmschleimhaut. Nach außen war die Geschwulst überall durch die gut erhaltene äußere Schicht der Darmmuskelhaut nebst der Serosa begrenzt, während die innere Muskelschicht an mehreren Stellen von Geschwulstgewebe durchwachsen und zersprengt war.

Nach einer epikritischen Auseinandersetzung der hierher gehörigen, wenig zahlreichen analogen Fälle schließt Verf. mit der Behauptung, dass außer cystischen Geschwülsten — wie die oben erwähnten — auch solide Geschwülste, Myoadenome, aus bleibenden Resten des Ductus omphalo-mesentericus entstehen können.

Drittens beschreibt Verf. eine subserös gelegene Geschwulst an der Spitze eines Meckel'schen Divertikels bei einem Neugeborenen. Die Schnitte zeigten, dass es sich um Drüsenstruktur handelte. Vielleicht wäre die Geschwulst als ein Adenom, aus Resten des Dottergangs abstammend, zu betrachten. Verf. erwähnt aber auch die Möglichkeit, dass sie ein Nebenpankreas sei.

A. Hansson (Cimbrishamn).

24) **A. Schönwerth.** Zur Kasuistik der subkutanen Darmrupturen.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 4.)

Der betreffende Pat., ein 21jähriger Hufschmied, kam bereits 1 Stunde nach erfolgter Gewalteinwirkung (Hufschlag in die Nabelgegend) in das Krankenhaus und hatte neben heftigen Chokerscheinungen hochgradige Schmerzen, starke, umschriebene, lokale Druckempfindlichkeit und wiederholtes Erbrechen. $7^1/_2$ Stunden nach der Verletzung, nach Besserung des Pulses etc., wurde von S. die Laparotomie ausgeführt, da das Erbrechen sich mehrfach wiederholt hatte. Bei Eröffnung des Bauchfells und beim Auspacken der Därme entleerte sich trübseröse, mit einzelnen Fibrinflocken vermischte Flüssigkeit — ca. $^1/_2$ Liter — deren Diagnose vor der Operation wegen Fehlen jeglicher Dämpfung nicht möglich gewesen, und fand sich an einer hochgelegenen Jejunumschlinge, ca. 30 cm von der Plica duodeno-jejunalis entfernt, eine 20pfennigstückgroße, ovale Perforationsöffnung gegenüber dem Gekrösansatz; in ihrer Umgebung keine Blutgerinnsel. Aus der Öffnung, in die die Schleimhaut stark vorgefallen war, floss etwas nicht kothig riechende Flüssigkeit ab. Naht der Perforation; keine Ausspülung der Bauchhöhle. Heilung ohne Komplikationen.

Kramer (Glogau).

25) **B. Carlsson.** Kasuistikt bidrag tiu den diffusa variga peritonitens behandling.

(Hygiea 1898. Bd. II. p. 478.)

Die auf der chirurgischen Tagesordnung stehende Frage von der operativen Behandlung der akuten diffusen septischen Peritonitis hat Verf. mit Hilfe 8 einschlägiger Fälle, die während der ersten 6 Monate v. J. in einer Reihenfolge am Sahlgren'schen Krankenhaus zu Gothenburg behandelt wurden, zu beleuchten gesucht. Die einzelnen Fälle sind sorgfältig beschrieben, die Krankengeschichten kritisch bearbeitet, aber nur einige allgemein gültige Gesichtspunkte können hier erörtert werden.

Die Grenzen der Operation hat Verf. möglichst weit unten hinausgesteckt, und besonders in einem seiner Fälle hat es sich gezeigt, dass ein Leben, welches rettungslos verloren schien, erhalten wurde. — Die sehr weiten Incisionen, reichliche Drainirung und überaus energische Nachbehandlung — im Sinne Lennander's, dessen Schüler Verf. ist —, haben einen nicht unbedeutenden Antheil an den guten Erfolgen Verf.s. Die sehr lesenswerthe Arbeit enthält zuletzt eine ausführliche Beschreibung der Operationstechnik und der bekannten (Lennanderschen) Nachbehandlungsmethode. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

26) **A. Schwyzer.** Removal of the whole transverse colon and partial resection of the pancreas and large curvature of the stomach for carcinoma, with lateral suture of the superior and inferior mesenteric veins.

(St. Paul med. journ. 1899. März 1.)

Der Überschrift ist nur hinzuzufügen, dass trotz Insufficienz der Bauchnaht und Vorfall von Därmen und trotz einer durch Katheterismus verursachten Urethritis, Cystitis und Pyelitis die Heilung eine vollkommene war, und Pat. 4 Monate nach der Operation noch lebte und 25 Pfund zugenommen hatte.

R. v. Hippel (Dresden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 27. **Sonnabend, den 8. Juli.** **1899.**

Zur Verwendung der Tabakbeutelnaht.

Von

Dr. **F. de Quervain** in Chaux-de-Fonds.

Die Tabakbeutelnaht findet in der gegenwärtigen Chirurgie nur ausnahmsweise Anwendung, und es bestehen so zu sagen keine typischen Indikationen für dieselbe. Am ehesten wird sie gebraucht zur Verkleinerung von großen Wundhöhlen, von Cysten, so wie seitens einiger Chirurgen zum Verschluss des Bruchsacks. Erst Doyen hat ihr eine allgemeinere Anwendung in der Bauchchirurgie gegeben, indem er sie zum Verschluss des vorher abgebundenen Wurmfortsatzes, des Darms und sogar des Magens[1], so wie des Douglas nach abdominaler Hysterektomie[2] heranzieht.

Angeregt durch dieses Vorgehen und durch die zweifellosen Vorzüge der Tabakbeutelnaht, haben wir in einer Anzahl von Fällen versucht, von derselben einen ausgedehnteren Gebrauch zu machen und sie, was bis jetzt unseres Wissens noch nicht geschehen, zum Verschluss des Peritoneums bei gewissen Laparotomien zu verwenden. Die

[1] Vgl. seine Mittheilung auf dem Berliner Chirurgenkongress von 1898. Centralblatt für Chirurgie 1898. p. 122. Kongressbericht.

[2] Doyen, Technique chirurgicale. Paris 1897. p. 581.

Absicht, die uns dabei leitete, war die, die Peritonealwunde auf diese Weise auf ein Minimum zu beschränken und in dem Grad auch die Gefahr der Verwachsungen von Netz und Darm an der Innenseite der Bauchwand zu vermindern.

Wie aus den neuesten, diese Frage behandelnden Arbeiten hervorgeht, ist weder die sorgfältigste Einhaltung aller aseptischen Kautelen im Allgemeinen, noch die Anwendung der feuchten Asepsis im Besonderen im Stande, die Verwachsung der Bauchorgane mit der Nahtlinie sicher zu verhindern. Sind wir auch mit Kelterborn[3] und Steffens[4] völlig damit einverstanden, dass leichte Infektionen bei der Entstehung dieser Verwachsungen eine Hauptrolle spielen, so ist doch nicht aus dem Auge zu lassen, dass auch der Fremdkörperwirkung der Seide, wie es Dembowsky[5] und Thomson[6] betonen, eine gewisse Bedeutung zukommt. Dann spielen bekanntlich oberflächliche Verletzungen des peritonealen Endothels, wie u. A. Bumm[6], Nieberding[6], Stern[6], Reichel[6] und andere Autoren hervorheben, eine nicht zu unterschätzende Rolle. Dass endlich die Schädigung des Bauchfells durch Austrocknen, wie es Walthardt[7] betont, für die Entstehung von Verwachsungen große Bedeutung hat, das steht uns außer Zweifel, und wir verwenden, wie dies in der Kocher'schen Klinik schon vor Walthardt's Publikation üblich war, für die Bauchhöhle stets feuchte Asepsis. Die auf diese Weise entstandenen Verwachsungen kommen aber wohl nur bei Fällen in Frage, in welchen der Darm und das Netz längere Zeit außerhalb der Bauchhöhle verweilen mussten, was ja durch Anwendung der Beckenhochlagerung in der Regel vermieden werden kann.

Berücksichtigt man nun die durch zahlreiche Experimente und durch die Erfahrungen bei wiederholter Laparotomie (vgl. die Arbeiten von Velit's[8], Uhlmann[6], Steffens[4]) bewiesene Thatsache, dass sich die Adhäsionen mit besonderer Vorliebe, ja fast konstant zwischen der Gegend der Peritonealnaht einer- und dem darunter liegenden Darm oder Netz andererseits entwickeln, so kommt man zum Schluss, dass, unbeschadet der Bedeutung der Infektion und der Schädigung des Peritoneums durch Austrocknen die mechanische Schädigung desselben im Bereich der Naht, so wie vielleicht das Nahtmaterial als Fremdkörper eine sehr wichtige Rolle spielen müssen.

Es scheint uns desshalb von zweifelloser Bedeutung zu sein, die zu Verwachsungen geneigte Fläche der Peritonealnaht auf ein Minimum zu beschränken. Dies gelingt in vollständiger Weise durch die Anwendung der Tabakbeutelnaht zum Verschluss der Bauchfellwunde. Die Wundfläche des Bauchfells wird auf diese Weise nur punkt-

---

3 Kelterborn cit. nach Uhlmann, Arch. f. Gynäkologie Bd. LIV. p. 384.
4 Steffens, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 2. 1899.
5 Dembowsky, Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXXVII. p. 745.
6 Citirt nach Uhlmann.
7 Walthardt, Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte Bd. XXIII. p. 513.
8 Velits, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XX. p. 384.

förmig, und die Wahrscheinlichkeit von Verwachsungen an diesem Punkt wird desshalb in hohem Grad vermindert.

Wir hatten ursprünglich im Sinn, diesen Umstand durch Thierversuche experimentell zu studiren, fanden aber, dass sowohl am Kaninchen wie am Hund das Bauchfell mit der Muskulatur so innig zusammenhängt und so wenig verschieblich ist, dass die Tabakbeutelnaht nicht so leicht ohne erhebliche Zerrung und beständiges Einreißen des Peritoneums ausgeführt werden kann. Es war dies der Grund, wesshalb wir von solchen Versuchen abstanden.

Bevor wir im Einzelnen auf die Ausführung und die Indikation der Tabakbeutelnaht zum Schluss des Bauchfells eingehen, seien noch kurz die Einwände besprochen, die gegen dieses Vorgehen erhoben werden könnten.

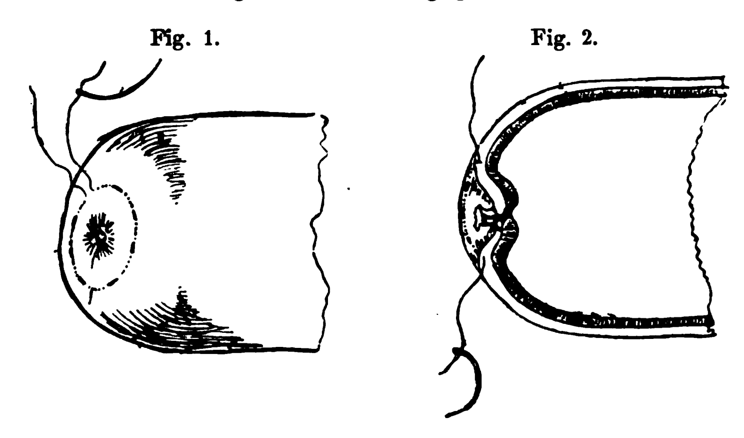
Der erste Einwand geht dahin, dass die Tabakbeutelnaht dem Gesetz der möglichst genauen Wiederherstellung der anatomischen Verhältnisse widerspricht. Dieser Vorwurf ist freilich rein theoretisch, und wir zögern nicht, von der für die Vereinigung der Fascien und Muskeln zweifellos wichtigen Regel genauer anatomischer Vereinigung für das Peritoneum abzuweichen, wenn dadurch ein Vortheil erzielt werden kann. Einen zweiten Einwand, die Tabakbeutelnaht könnte eine abnorme Zerrung des Bauchfells hervorrufen, halten wir ebenfalls nicht für stichhaltig, in Anbetracht der großen Elasticität des menschlichen Bauchfells und seiner verhältnismäßig bedeutenden Unabhängigkeit von den Muskeln und Fascien der Bauchdecken. Man könnte schließlich noch einwenden, dass sich an der Stelle der Naht ein Peritonealtrichter und damit der Anfang zu einer Bauchhernie bilden könne. Auch diesem Einwand glauben wir kein Gewicht beilegen zu müssen, da die Entstehung der Bauchbrüche in allererster Linie durch eine mangelhafte Vereinigung von Fascien und Muskeln oder in Lähmung der letzteren durch Verletzung ihrer Nerven bedingt ist. Überdies arbeitet die Elasticität des Peritoneums der Bildung eines Trichters entgegen.

Was die Festigkeit der Tabakbeutelnaht im Vergleich zu der fortlaufenden Lembert'schen Naht betrifft, so geht aus Leichenversuchen, die ich über diesen Punkt angestellt habe, hervor, dass die Tabakbeutelnaht ganz bedeutend widerstandsfähiger ist als die Lembert'sche Naht.

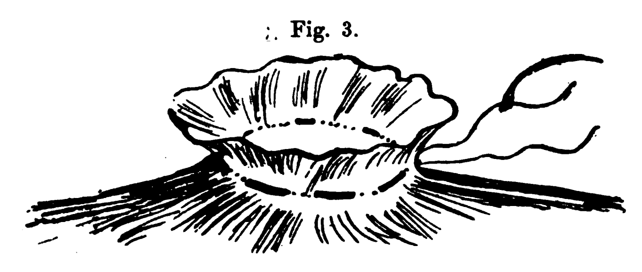
Die Versuche wurden am Darm frischer Leichen in der Weise ausgeführt, dass ein Darmstück an einem Ende abgebunden und am anderen mit einem Wasserdruckmesser in Verbindung gebracht wurde, nachdem eine an der Konvexität einer Schlinge angelegte Schnittwunde bei den einen Versuchen durch fortlaufende Lembert'sche Naht, bei den anderen durch Tabakbeutelnaht verschlossen worden war. Es zeigte sich dabei, dass die Tabakbeutelnaht mindestens 2 bis 3mal mehr Druck aushält, als die Lembert'sche Naht. Der Versuch wurde in ähnlicher Weise auch am umgestülpten Darm ausgeführt, um die Widerstandskraft der Tabakbeutelnaht von beiden

Seiten her zu prüfen. Auch hierbei ergab sich ihre große Resistenzkraft.

Nun noch einige Bemerkungen zur Ausführung dieser Naht. Allgemein gesagt, sind bei der Tabakbeutelnaht, so weit sie das Peritoneum betrifft, 2 Formen zu unterscheiden, die wir als ausstülpende und einstülpende Naht bezeichnen können. Die letztere kommt zur Anwendung beim Verschluss eines an der Außenfläche mit Serosa bedeckten Hohlorgans, wie des Darms, der Gallen- und der Harnblase (Fig. 1 u. 2). Wir haben dieselbe gerade an der Gallenblase mit bestem Erfolg in Anwendung gebracht.



Einstülpende Tabakbeutelnaht zum Verschluss des Darms nach der Methode von Doyen. (Schematisch.)



Ausstülpende Tabakbeutelnaht zum Verschluss des Peritoneums bei Laparotomien. (Schematisch.) (Der große Antheil der Stiche nach außen gewendet.)

Die ausstülpende Tabakbeutelnaht, mit der wir uns besonders befassen, findet ihre Anwendung beim Verschluss der innen mit Serosa ausgekleideten Bauchhöhle (Fig. 3).

Selbstverständlich handelt es sich dabei stets um Eröffnungen des Bauchfells von verhältnismäßig geringer Ausdehnung, in der Regel von nicht über 8—10 cm Länge.

Eine weitere Bedingung ist eine gewisse Verschieblichkeit des Bauchfells. Man wird also von vorn herein von ihrer Verwendung absehen beim Verschluss einer Laparotomiewunde im Epigastrium,

bei abgemagerten Pat., wo bekanntlich Bauchdecken sammt Peritoneum außerordentlich gespannt zu sein pflegen.

Dagegen ist diese Nahtmethode bei allen nicht zu ausgedehnten Eingriffen in den unteren Partien der Bauchhöhle angezeigt. Wir haben sie z. B. zum Schluss der Bauchhöhle nach Adnexabtragung, nach Ovariotomie, so wie nach Entfernung des Wurmfortsatzes im freien Intervall, ferner bei Probelaparotomien, in einer Anzahl von Fällen verwendet.

Um die Anlegung derselben von vorn herein zu erleichtern, verfahren wir in den dazu geeigneten Fällen, besonders bei Perityphlitisoperationen à froid, in der Weise, dass wir nach Freilegung des Bauchfells dasselbe Anfangs nur auf die Länge von etwa 3—4 cm einschneiden. Zeigte die Untersuchung der Bauchhöhle dann, dass keine ausgedehnte Eröffnung nöthig ist, so wird der Einschnitt nach Einführung von 2 Fingern durch sanften Zug stumpf so weit ausgedehnt, dass das betreffende Organ, im angeführten Falle Blinddarm und Wurmfortsatz, vor die Bauchwunde gebracht werden kann. Der Rand der Peritonealwunde wird sofort mit 4 Schiebern fixirt, die Operation ausgeführt und sodann am bequemsten mit der mittelstark gekrümmten Doyen'schen Stielnadel die Tabakbeutelnaht angelegt. Es ist dabei zu beobachten, dass, eben so wie wir es auch für die einstülpende Tabakbeutelnaht zum Verschluss von Bauchorganen empfehlen möchten, derjenige Theil der Stiche, der nach der Bauchhöhle hinschaut, möglichst kurz gemacht wird, damit eine um so ausgedehntere Berührung der Peritonealflächen erzielt werde. Ist man mit der Naht wieder am Ausgangspunkt angelangt, so sollen beide Fadenenden langsam und stetig angezogen werden, bis sich die Öffnung geschlossen hat. Erst dann schlinge man einen einfachen Knoten und ziehe noch weiter an, gerade so viel als nöthig ist, um einen guten Verschluss zu erhalten, ohne durch zu starken Zug die Gewebe abzuschnüren und zum Absterben zu bringen. Nach Schluss des Knotens wird die Bauchwand in gewohnter Weise durch Etagennaht mit sorgfältiger Vereinigung von Fascien und Muskeln durch Seidenknopfnähte geschlossen.

Unser Vorschlag mag, als nicht den anatomischen Verhältnissen entsprechend, Manchem etwas sonderbar vorkommen. Wir möchten jedoch bitten, ihn zunächst zu versuchen und erst dann ein Urtheil abzugeben. Wir glauben, dass Jeder, wie wir selbst es waren, verwundert sein wird, wie gut sich das Peritoneum zu dieser Art des Verschlusses eignet. Bedenkt man, dass dadurch der einzige Nachtheil mancher Laparotomien, nämlich die Darm- oder Netzverwachsungen an der Nahtlinie, fast mit Sicherheit vermieden werden kann, so dürfte der Vorschlag von einigen Kollegen vielleicht doch eines Versuchs gewürdigt werden.

---

1) G. Novaro. Asepsis und Antisepsis in der Chirurgie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 1.)

N. giebt in seinem Vortrag eine übersichtliche Darstellung der Asepsis und Antisepsis, wie sie bei Operationen in seiner Klinik durchgeführt wird. Verbandstoffe werden im strömenden Dampf (1 Stunde lang), Instrumente in kochender 1%iger Sodalösung sterilisirt.

Zur Desinfektion der Hände bedient sich N. folgenden, allerdings etwas umständlichen, aber ohne große Kosten durchzuführenden Verfahrens: 1) Waschen mit Seife und Bürste (5 Minuten); 2) Abwaschen in 10%iger Sodalösung; 3) Abspülen in 1%iger Kaliumpermanganatlösung; 4) Eintauchen in 10%ige angesäuerte Natriumbisulfitlösung (Desinficiens und Entfärbungsmittel); 5) Eintauchen in 1‰ige Sublimatlösung (10 Minuten). Das Operationsfeld wird nach vorhergegangenen Reinigungsbädern und antiseptischem Verband in ähnlicher Weise vorbereitet, nur dass statt des Kaliumpermanganats und Natriumsulfits Alkohol verwandt wird.

Für die Operation gelten die Principien der trockenen Asepsis. Aseptische Wunden werden nur aus besonderen Indikationen (Gefahr einer Nachblutung, todte Räume) und dann für die Dauer von 24 Stunden drainirt; in inficirte Wunden legt N. Streifen von Jodoformgaze ein, die dann je nach Umständen 3—5 Tage lang liegen bleiben. Als Wundbedeckung dienen durchweg hydrophile Stoffe (Gaze und Watte); feuchte Verbände mit impermeablem Abschluss werden vermieden. Zur Verhütung einer Luftinfektion wird der Operationssaal nur mit den nöthigsten Mobilien versehen, der Boden desselben täglich aufgewaschen, der Zugang zu den Sitzplätzen mit feuchten Teppichen belegt. In der klinischen Stunde wird nicht operirt; doch dürfen die Zuhörer nach derselben jeder Art von Operationen, auch aseptischen beiwohnen. Maske, Mütze oder Bartbinde hält N. für überflüssig; es genüge vielmehr Haare und Bart vor der Operation hinreichend zu befeuchten. Im Übrigen sieht N. darauf, dass während der Operation das »cito« in höchster Geltung bleibe, so weit es sich mit dem »tuto« vereinigen lässt.

Honsell (Tübingen).

---

2) G. Gottstein. Beobachtungen und Experimente über die Grundlagen der Asepsis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 1.)

In dem vorliegenden Abschnitt seiner Arbeit hat sich G. die Aufgabe gestellt, die Haut des desinficirten Operationsfelds in den oberflächlichen und tiefen Schichten auf ihren Gehalt an lebensfähigen Keimen zu prüfen. Er ging dabei in der Weise vor, dass er nach erfolgter Desinfektion kleine Hautstückchen excidirte und dann von verschiedenen Schichten dieser Stückchen feine Geschabsel auf Schrägagar übertrug.

Aus dem hierbei gewonnenen Resultat sei hervorgehoben, dass es nur in $^1/_5$ der Fälle gelang, völlige Keimfreiheit zu erzielen; die tiefen Schichten erwiesen sich in einem größeren Procentsatz der Fälle bakterienhaltigen, als die oberflächlichen, und zwar stieg der Bakterienreichthum von der Oberfläche nach der Tiefe immer mehr. Männerhaut schien schwerer zu desinficiren, als Frauenhaut. Auch die verschiedenen Körperregionen zeigten Betreffs ihres Bakteriengehalts große Differenzen; am leichtesten war die Haut des Bauches, dann der Brust steril zu erhalten; Sterilität der Scrotalhaut wurde niemals erzielt. Endlich hatte auch das Alter der Personen einen Einfluss auf die Möglichkeit, die Haut steril zu machen; je älter das Individuum, desto weniger war auf Keimfreiheit zu rechnen. Von Bakterien war am häufigsten der Staphylococcus albus, der sich in einer großen Zahl von Fällen pyogen erwies, seltener Staphylococcus aureus, Streptokokken etc. zu treffen.

Welche Schlüsse sich aus diesen Untersuchungen für die chirurgische Praxis ergeben, wird Verf. in einem späteren Theil seiner Arbeit aus einander setzen. **Honsell** (Tübingen).

---

3) **J. L. Thomas.** On the value of gloves in operative work, with a note on the cleaning of the hands.

(Brit. med. journ. 1899. Januar 21.)

T. hat vielleicht als Erster in England bei aseptischen und septischen Operationen Operationshandschuhe verwendet; für die aseptischen Fälle hat er sich einfacher Zwirnhandschuhe, für die septitischen undurchgängiger Gummihandschuhe bedient.

Eine Behinderung durch die Handschuhe bei den verschiedensten chirurgischen Manipulationen hat er in erheblicher Weise nicht empfunden. — Nahtabscesse hat er speciell seit Anwendung der Handschuhe nicht mehr beobachtet. Besonders bei Operationen im Haus der Pat., wenn die Hilfe beim Zureichen und bei der Assistenz von ungeschulten Händen geschieht, hat er den Vortheil der sterilisirten Zwirnhandschuhe empfunden, die in dem Verbandstoffkasten mitgeführt werden. Das Tragen einer sterilisirten Gesichtsmaske hält T. für unnöthig. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

4) **H. Riemann.** Über die Keimzerstreuung des Echinococcus im Peritoneum.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 1.)

R. beschäftigt sich mit der bisher noch viel umstrittenen Frage, ob erstens die bei Ruptur einer primären Echinococcuscyste in die Peritonealhöhle gelangten Brutkapseln daselbst anwachsen nnd lebenskräftig bleiben, zweitens ob sie als Äußerung ihrer Lebensthätigkeit an Größe zunehmen und sich in der ihrer Art eigenthümlichen Weise vermehren können. Nach den klinischen und histologischen Untersuchungen, welche Verf. auf die bisherige Kasuistik, insbesondere

4 ausführlich mitgetheilte Fälle der Garrè'schen Klinik gründet, glaubt er die erstere Frage unzweifelhaft bejahen zu müssen. Die zweite Frage suchte R. experimentell zu lösen, indem er Thieren (Hunden und Kaninchen) nach dem Vorgang von Lebedeff und Andrejew lebensfähige Sekundärblasen, resp. den Inhalt derselben, in die Bauchhöhle implantirte. In jenen Fällen, in welchen nur Brutkapseln und Scolices injicirt worden waren, eben so in einem weiteren, der aus äußeren Gründen missglückte, wurde kein positives Resultat erzielt. In den 5 übrigen Fällen waren dagegen die implantirten Blasen wenigstens zum Theil noch lebenskräftig gefunden worden, 2mal wurde deutliche Volumenvermehrung derselben, einmal die Anbildung junger Echinokokken in einer Cyste beobachtet. Die Versuche sprechen also dafür, dass Tochterblasen des Echinococcus, welche in die freie Bauchhöhle gelangen, hier nicht nur am Leben bleiben, sondern sich auch weiter zu entwickeln vermögen, und bilden somit eine werthvolle Ergänzung der früheren ebenfalls positiv verlaufenen Experimente von Lebedeff und Andrejew, so wie der neuestens von Alexinsky angestellten Nachprüfungen.

Honsell (Tübingen).

---

5) **M. K. Senetz.** Zur Diagnose des Krebses der Verdauungsorgane.

(Wratsch 1898. No. 8. [Russisch.])

Verf. beobachtete das Fehlen freier HCl und das Vorhandensein von Milchsäure nicht nur bei Krebs des Magens, sondern auch der anderen Verdauungsorgane; beide Symptome sind Folgen herabgesetzter Ernährung. »Kaffeesatz« im Erbrochenen entsteht oft durch Beimengung von Galle, oder durch Blutungen aus den erweiterten Magenvenen, wenn gleichzeitig mit Krebs eines Verdauungsorgans Lebercirrhose besteht. Alle diese Zeichen, die gewöhnlich auf Magencarcinom hinweisen, können also auch ohne letzteres vorkommen und zeigen nur, dass ein Verdauungsorgan befallen ist.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

6) **E. Terrier** et **H. Hartmann.** Chirurgie de l'estomac.

Paris, **G. Steinheil,** 1899. 368 S.

T. und H. sind auch in Deutschland bekannt als versirte und erfolgreiche Vertreter der Magenchirurgie in Frankreich und Verff. einer Reihe von interessanten Beiträgen zum Ausbau dieser Disciplin; wir haben daher das vorliegende, buchhändlerisch prachtvoll ausgestattete und mit einer Reihe ganz vorzüglicher Abbildungen versehene Werk als das Resultat der ausgiebigen Thätigkeit zweier hervorragender Chirurgen auf dem in Rede stehenden Gebiet mit großen Erwartungen zur Hand genommen. Diesen Erwartungen hat dasselbe nicht entsprochen, es ist unseres Erachtens nicht annähernd zu vergleichen mit dem Doyen'schen Werk, das bei uns seit Jahren bekannt und

geschätzt ist. Hier handelt es sich im Wesentlichen um eine Operationslehre: die verschiedenen Verfahren, welche für die einzelnen Operationen angegeben sind, werden, theilweise recht breit, beschrieben, besonders die von den Verff. angegebenen, durchweg wenig bedeutenden Modifikationen — eine kleine Änderung der Naht, die H. bei der Wölfler'schen Gastroenterostomie eintreten lässt, und die in 5 Zeilen abzumachen wäre, beansprucht mehrere Seiten —, die Diagnostik beschränkt sich auf kurze, mehr als oberflächliche Andeutungen im Eingang des Buches, Indikationen und Resultate werden im Anschluss an die einzelnen Operationen abgehandelt (wobei eine staunenswerthe Kenntnis der Litteratur, auch der deutschen, zu Tage tritt), aber theilweise auch kurz und oberflächlich. Von Neuem und Selbständigem findet sich nur wenig. Es scheint uns überhaupt, als ob auf dem Gebiet der Abdominalchirurgie in Frankreich das Bedürfnis nach Werken, welche vorwiegend die technische Seite berücksichtigen, ein besonders starkes ist — wenigstens deutet darauf hin das häufige Erscheinen derartiger Werke in der allerneuesten Zeit —, bei uns ist dies anders, ein hervorragender Magenchirurg, der die Technik in den Vordergrund stellen würde, dürfte bei uns kaum noch auf ein großes Publikum zu rechnen haben. Was wir jetzt von einem derartigen Werk verlangen, das sind Aufschlüsse großen Stils über Diagnostik, Indikationen, Resultate. Davon findet sich, wie gesagt, bei T. und H. nur wenig, am meisten gelungen erscheint uns in dieser Richtung der Abschnitt über Gastroenterostomie, der in der Hauptsache die Resultate einer schon in der Revue de chir. veröffentlichten Untersuchung von H. und Soupault wiedergiebt. Eine Reihe von Krankengeschichten, durch sehr gute Abbildungen erläuterte Beschreibungen anatomischer Präparate bilden den interessantesten Theil des Buchs, dessen Lektüre selbstverständlich trotz der oben gemachten Ausstellungen durchaus nicht ohne Interesse ist. — Bei der Beschreibung der Gastrotomie zum Zweck der Aufsuchung blutender Stellen der Magenschleimhaut wird das Verfahren von Savariaud, das unseres Wissens in Deutschland noch nicht angewendet worden ist, erwähnt, die systematische Absuchung der Magenwände, welche die durch ein Loch in der linken Hälfte des Ligam. gastrocolicum eingeführte Hand von hinten her durch die Wunde an der Vorderwand vorstülpt. In dem Abschnitt über Nachbehandlung der Gastroenterostomie wird auf Diarrhöen besonders aufmerksam gemacht, die als eine erhebliche, von den übrigen Autoren nicht genügend gewürdigte Gefahr bezeichnet werden. — Im Übrigen verweisen wir Interessenten auf eigene Lektüre und Prüfung.

H. Lindner (Berlin).

---

7) J. Barrozi. Considérations sur la gastrostomie en général et sur le procédé de Marwedel en particulier dans les sténoses cancéreuses de l'oesophage.

Paris, Carré et Naud, 1898. 121 S.

Verf. plaidirt in der vorliegenden, recht anerkennenswerthen Arbeit für eine frühzeitige Operation; Dehnung, Verweilsonde verwirft er. Er verweist dabei auf die ungeheure Differenz der jetzigen Mortalität gegenüber den früheren Statistiken: Zesas 1885 80%, Mikulicz neuerdings 17%. Verf. stellt den Grundsatz auf: Jeder Kranke, bei dem ein Ösophaguscarcinom konstatirt ist (sorgfältige Diagnosenstellung selbstverständlich vorausgesetzt) soll so bald als möglich operirt werden, ohne Rücksicht auf den Grad der Dysphagie. Bestätigt werden die Erfahrungen anderer Chirurgen über die günstige Beeinflussung des Wachsthums der Neubildungen durch die Operation. Die bessere Durchgängigkeit der Speiseröhre, die sich oft nach dem Eingriff einstellt, ist verschieden gedeutet worden; sie hält nur an, wenn die Ernährung fast ausschließlich durch die Magenfistel geleitet wird. Kachektische Kranke, die schon längere Zeit keine Flüssigkeiten mehr schlucken konnten, soll man, wenn möglich, nicht mehr operiren. Drüsenschwellungen dürfen keine Kontraindikation bilden. Nachdem Verf. die Grundsätze besprochen hat, welche seines Erachtens maßgebend sein müssen für die Wahl des Operationsverfahrens (die Polemik gegen die Anhänger der ältesten Methode der Gastrostomie würde in Deutschland gegenstandslos sein. Ref.), schildert er zunächst kurz die verschiedenen modernen Verfahren und wendet sich dann zu einer eingehenderen Besprechung des Marwedel'schen, das ihm als das empfehlenswertheste erscheint. Die zweizeitige Operation hält er für verwerflich. Es folgen Bemerkungen über Nachbehandlung, dann die Krankengeschichten von 12 Fällen des Verf. (5 † innerhalb der ersten 8 Tage post op.) und die bisher veröffentlichten, nach Marwedel operirten Fälle. Die letzten Kapitel besprechen die bei und nach der Operation auftretenden Zufälle, die Ursachen der Todesfälle, die Prognose und Resultate bei denen, die von der Operation genesen. Interessant ist die Abbildung des Sektionsbefundes bei einem 7 Wochen nach der Operation an Pneumonie Verstorbenen; der neugebildete Kanal ist sehr vollkommen. — Das Buch liest sich gut. Die Ausstattung ist sehr gut.

H. Lindner (Berlin).

---

8) J. F. Sematzky. Gastroenterostomia.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 2.)

Auf Grund von Versuchen an Hunden, wobei die Gastroenterostomie auf verschiedene Weise ausgeführt wurde, verwirft S. die Bildung seitlicher Darmanastomosen, ob mit oder ohne quere Durchtrennung des Darmes. Die besten Resultate gab folgende Methode: Durchtrennung des Dünndarms nicht quer, sondern schräg, um die

Anastomosenöffnung im Magen möglichst groß anzulegen; Umnähung der Magenöffnung (gleichviel ob vorn oder hinten oder im Fundus) mit dem abführenden Schenkel, Einpflanzung des zuführenden in den abführenden. Bei seitlicher Anastomose geht immer ein Theil der Speise an der Anastomosenöffnung vorbei und kann regurgitirt werden; wird die Anastomose nach querer Durchschneidung des Darms ausgeführt, so kann sich der Inhalt im Blindsack des Darmendes stauen. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

Kleinere Mittheilungen.

Exstirpation eines Nierencarcinoms mit Resektion eines Carcinomknotens aus der Wand der Vena cava. Heilung.

Von

Prof. **W. Zoege v. Manteuffel** in Dorpat.

Christian Peedik, 49 Jahre alt, Bauer, ist bis September 1898 gesund gewesen. Zu dieser Zeit stellten sich Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen, Appetitlosigkeit, Neigung zu Stuhlverstopfung ein. Der Harn wurde frei entleert, war jedoch von dunkler Farbe; Blutabgänge nicht bemerkt. Pat. magerte in dieser Zeit stark ab.

Status vom 12. März 1899.

Der abgemagerte Kranke ist mittleren Wuchses, die Haut bleich, aber rein, die sichtbaren Schleimhäute blass, das Unterhautfettgewebe atrophirt; die Haut lässt sich in großen Falten erheben. Muskulatur schlaff. Am Knochensystem nichts Abnormes. Herz und Gefäße gesund, nur leichte Sklerose der zählbaren Gefäße. Puls 100, Temperatur 36,9. Nasenspitze leicht cyanotisch, Lungen bieten nichts Abnormes, überall Vesiculärathmen. Zwischen rechtem Rippenbogen und Spina ant. sup. ilei sind die Bauchdecken vorgewölbt. Bei der Palpation findet man hier einen rundlichen, harten, über kindskopfgroßen Tumor von glatter Oberfläche. Die untere Grenze desselben erreicht nicht die Spina ant. sup., die obere bis zur Leber, von der sie palpatorisch nicht recht abzugrenzen ist. Nach der Mittellinie erstreckt sich die Geschwulst in der Tiefe bis zur Wirbelsäule, von der sie sich jedoch noch abgrenzen lässt. Das Gleiche ist in Bezug auf die Lumbalgegend der Fall. Ein Ballottement nach dieser Gegend ist nicht nachzuweisen, obgleich der Tumor, sowohl von oben nach unten, als von rechts nach links, ziemlich beweglich ist. Die Respirationsbewegungen macht er mit. Perkutorisch lässt sich die Geschwulst von der Leber ebenfalls nicht deutlich abgrenzen. — Die mediale Kuppe der Geschwulst ist vom Colon überlagert; lateral keine Tympanie. Druck auf den Tumor ruft Schmerzen hervor. — Keine Stauung in den Venen der unteren Extremität, kein Ödem.

Urin etwas trüb-sauer, kein Eiweiß, kein Zucker, Spuren von Indikan. Mikroskopisch harnsaure Salze, körnige Cylinder, Blasen- und Nieren- (?) Epithelien. — Die Harnmenge in 24 Stunden betrug 1200—1300, spec. Gewicht 1015.

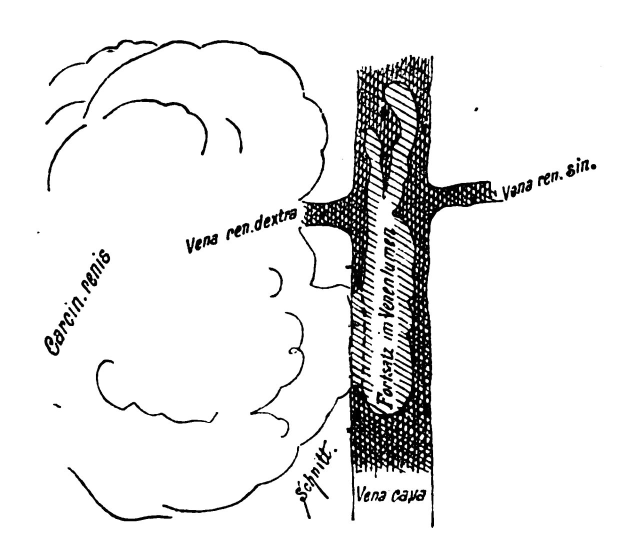
In den nächsten Tagen steigt die Temperatur Abends auf 38,6—7 und hält sich Morgens auf 37,1—5. — Puls 100—104.

Nach Lage, Größe, Gestalt und Wachsthumsdauer konnte die Geschwulst nur für ein Nierencarcinom gehalten werden. Bei der Operation glaubte ich mich auf Verwachsungen vielleicht mit der Leber gefasst machen zu müssen.

Nach genügender Vorbereitung des Pat. durch Abführmittel, Bäder etc. am 17. März Operation: Unterstützte Seitenlage, Narkose mit Chloroform begonnen, mit Äther fortgesetzt.

Der Schnitt beginnt auf dem Rand des Erector trunci über der 12. Rippe und geht in sanftem Bogen quer über die Geschwulst bis an den äußeren Rand des Rectus abdominis. Nach Durchtrennung der Bauchdecken findet sich die Capsula adiposa renis bereits von Carcinommassen stellenweise infiltrirt. Nach stumpfer Auslösung des oberen und unteren Nierenpols, natürlich sammt Capsula adiposa, wird der Ureter freigelegt, doppelt unterbunden und durchschnitten, das periphere Ende desinficirt und versenkt. Dann werden die Nierengefäße zwischen 2 Ligaturen durchtrennt, was recht mühsam ist, da die Niere sich absolut nicht vorwälzen lässt. Auch nach der Unterbindung des Stiels haftet sie in der Gegend der Wirbelsäule fest. Es wird daher Peritoneum und Colon medianwärts abgehoben und das erstere eröffnet. Es findet sich nun Folgendes:

Der Tumor sitzt der Vena cava mit einem 6 cm breiten, 1 cm dicken Stiel direkt auf, oder ist vielmehr in genannter Ausdehnung durch die Venenwand hindurchgewachsen. Er bildet im Innern der Vene einen weiß durchschimmernden, ca. 10 cm langen und reichlich fingerdicken Fortsatz, an dem noch weitere astförmige Appendices im Strom des venösen Blutes aufwärts flottiren.



Was war nun zu thun! Sollte ich den Tumor an der Insertionsstelle amputiren und den Fortsatz zurücklassen, mit der augenfälligen Aussicht der Verschleppung in die Lungen? Einen Augenblick zauderte ich — dann entschloss ich mich, den Tumor aus der Cava zu exstirpiren. Zu dem Zweck musste vor Allem ein Abbröckeln und Verschleppen von Theilen vermieden werden. Ich legte also eine mit Gummidrains überzogene, weich federnde Collin'sche Magenklemme dicht unter dem Zwerchfell, einen Zoll oberhalb der letzten flottirenden Fortsätze an die Vena cava. Nun war ich sicher, dass keine Bröckel der Neubildung während der weiteren Manipulationen sich ablösen und in die Lungen gerathen konnten. Dann trennte ich den Haupttumor so ab, dass noch ein guter Stiel an der Vene sitzen blieb; diesen ergriff ich mit der Muzeux'schen Zange und umschnitt nun, während mein Assistent die prall gefüllte Cava unterhalb gegen die Wirbelsäule komprimirte, die carcinomatöse Stelle der Venenwand im Gesunden. Die etwa 9 cm lange und $2\frac{1}{2}$ cm breite Öffnung schloss der leicht angezogene Tumor ab, so dass dieser Akt der Operation völlig trocken verlief. Als aber der Tumor völlig entwickelt war, stürzte Blut im Schwalle nach! Ich hatte vergessen, die Vena renalis der anderen Seite zu komprimiren (Schede). Sofort schloss ich durch

Druck mit der äußeren Kante der rechten Hand die zuführende Renalis und nähte fortlaufend mit der linken die Öffnung in der Vene zu. Nach der 1. Naht übergab ich die Kompression dem Assistenten und übernähte in 2. Reihe die noch unter dem Druck aus der Peripherie leicht blutende Nahtlinie. Jetzt blutete nach Entfernung der komprimirenden Hände nur noch der oberste Stichkanal etwas. Nachdem ich dann noch das Kompressorium am Zwerchfell entfernt und anliegendes Bindegewebe über die Nahtstelle durch eine Knopfnaht hinübergezogen, stand die Blutung völlig, und der venöse Strom nahm seinen normalen Lauf — an der Nahtstelle allerdings auf die Hälfte seines eigentlichen Lumens eingeschränkt.

Das Kompressorium an der Cava hatte im Ganzen 15 Minuten gelegen, der bis dahin gute Puls war dabei schlecht und kaum fühlbar geworden. Nach Entfernung der Klemme hob sich der Puls im Laufe von 2 Minuten, wurde gut und voll. Ich beendigte dann die Operation rasch, indem ich das Peritoneum fortlaufend, die Muskulatur mit Knopfnähten, die Haut mit Silk schloss. Am Petit-schen Dreieck ließ ich eine Öffnung, durch die ich eine extraperitoneal den Stumpf der Nierengefäße erreichende Jodoformgazekompresse herausleitete.

Nach der 64 Minuten dauernden Operation war Pat. etwas kollabirt, erhielt 2 Spritzen Kampher und 400 ccm Kochsalz subkutan. Danach hob sich der Puls wieder. Temperatur Abends 35,2, Puls 84; den nächsten Tag Temperatur 35,3, Abends 35,9. Puls 100—106. 24stündiger Harn 600 ccm. Pat. empfindet heftiges Durstgefühl, daher Kochsalzklysma, zu trinken saure Milch, Bouillon, Kochsalzlösung. Pat. klagt über Schmerzen in der Herzgrube, transpirirt außerordentlich stark, so dass das ganze Bett nass wird.

20. März Temperatur 36,7, Abends 36,7, Puls 122 und 116, Urin 1000 ccm. Größeres Klysma. Unter denselben Erscheinungen, d. h. starken Schweißen und Schmerzen in der Herzgrube — die ich wohl auf die Klemme an der Cava und auf den Gefäßstumpf zurückführen durfte, verläuft der nächste und der folgende Tag. Am 5. steigt die Temperatur auf 38,5 unter Nachlass des Schweißes. Ich vermuthete Stauung im Colon, verabfolgte Senna, wonach unter wesentlicher Erleichterung 2 Stühle erfolgten. Die Temperatur blieb aber etwas erhöht — 37,5 und 37,6 — bis zum 8. Tage, dabei fing Pat. etwas an zu husten. Am 8. Tage Verbandwechsel, bei dem an den Lungen katarrhalische Rasselgeräusche nachzuweisen sind. Verband trocken, nur wenig Blut enthaltend. Tampons rein, werden belassen, nur etwas gelockert.

Von jetzt ab täglich fortschreitende Besserung, Stuhl täglich — Appetit gut. Temperatur normal, 36,8—37,3—4. Am 15. Tage werden die Tampons beim 2. Verbandwechsel entfernt und nur oberflächlich ein Streifen Jodoformgaze eingeführt. Am 16. sitzt Pat. im Bett, am 18. auf dem Stuhl; am 23. verlässt er das Bett und am 39. Tage post op. das Krankenhaus.

Ich hatte Pat. länger behalten, um ihn noch beobachten zu können. Er hatte sich vortrefflich erholt, Farbe bekommen, ging täglich spazieren etc. Irgend welche Symptome von Stauung in den abhängigen Venen war nicht zu bemerken. — Die erste Zeit nach der Operation waren Spuren von Eiweiß und Cylinder im Harn zu bemerken gewesen. Sie verschwanden völlig am Ende der 2. Woche. Bei der Entlassung keinerlei abnorme Bestandtheile im Harn. Narbe überall weich, Lungen völlig frei, beträchtliche Gewichtszunahme.

Seit den Untersuchungen Maydl's und Jassinowsky's und den Erfahrungen Schede's u. A., zu denen ich mich auch zählen kann — ist die Naht von Gefäßwunden eine in ihren Indikationen und Leistungen durchaus feststehende Operation. — Es war mir auch der Fall Schede's sehr wohl erinnerlich, als ich an die Resektion ging. Schede hatte ebenfalls in einem Falle von Nierencarcinom den sehr kurzen Stiel der Nierengefäße en masse mit elastischer Ligatur abgebunden und davor den Tumor abgetragen. Als er den Stumpf dann genauer untersuchte, stellte es sich heraus, dass die Nierenarterie noch zu isoliren, die Vena renalis jedoch im Carcinom aufgegangen war, so dass statt ihrer nur eine 2 cm große Öffnung in der Vena cava vorlag. Diese Öffnung und mit ihr die

Wand der Cava war von der elastischen Ligatur mitgefasst. Nach Lösung der Ligatur musste die blutende Vene mit Schiebern schräg konvergent gefasst werden, und nun konnte Schede die Öffnung durch fortlaufende Katgutnaht schließen. Leider überlebte der Pat. die Operation aus von der Venennaht unabhängigen Gründen nur um 17 Tage. Diese Zeit genügte jedoch, um zu erweisen, dass die Venennaht vertragen wurde, die Wunde der Cava glatt verheilte.

Wenn wir der Gefäßnaht im Allgemeinen eine Bedeutung als principielle Erweiterung konservativer Bestrebungen zuweisen müssen, so wächst diese Bedeutung mit dem Kaliber des Gefäßes, um an den großen Hauptstämmen als gebieterische Nothwendigkeit die Wichtigkeit einer lebenserhaltenden und -rettenden Operation zu gewinnen.

Nichts ist für den Chirurgen so betrübend, so niederdrückend, als wenn er, fast am Ziel einer vielleicht schwierigen Exstirpation einer malignen Neubildung, sich sagen muss, dass dieses Ziel nicht erreichbar ist, dass anatomische Grenzen, die zu überschreiten die einfachste Überlegung verbietet, ihm die vollständige Entfernung der Neubildung nicht gestatten. Die Gefäßnaht ermöglicht uns nun in Fällen, wie in dem oben mitgetheilten, die bisher gesteckten Grenzen zu überschreiten, das Messer an die Hauptader unseres Körpers mit der Sicherheit zu legen, die allein eine Berechtigung zu diesem Eingriff geben soll. Wenn somit Schede die Ausführbarkeit der Gefäßnaht auch an der Cava darlegte, so illustrirt vorstehender Fall meiner Beobachtung, dass auch planmäßig größere Stücke der Wand dieser Vene geopfert und Geschwülste aus dem Lumen des Gefäßes herausgeschnitten werden können.

Dorpat, Mai 1899.

---

9) V. Subbotić. Über Echinococcus multiplex.

(Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 1899. No. 1.)

Auf Grund eines von ihm beobachteten Falles von Echinococcus multiplex bespricht Verf. die Entwicklung und Klinik dieses Parasiten. Während seiner Dienstzeit (zuerst am Krankenhaus in Semlin bis 1839, dann am staatlichen Krankenhaus in Belgrad von 1839 bis heute) hat er unter 29416 Kranken 7 Fälle von Echinococcus beobachtet, welche bis auf einen operirt wurden. Alle waren cystisch; von den 6 operirten saßen 6 in der Leber (Incision und Drainage), 1 in der Parotis und 1 in der Scheide der großen Halsgefäße.

Der Fall, welcher seinen Bericht veranlasst hat, war folgender: Ein 65jähriges, sehr abgemagertes Weib zeigte in der rechten Achselhöhle einen haselnussgroßen Tumor, welcher sich excidirt als Echinococcus präsentirte. An der vergrößerten Leber mehrere Tumoren, von denen einige fluktuiren. Die Kranke starb marantisch; bei der Sektion wurden Echinococcusblasen verschiedener Größe (bis zu Kindskopfgröße) in der Leber, Lunge, am Peritoneum, im Douglas und am Uterus gefunden. Besonders hervorzuheben ist, dass auch im Processus vermiformis ein Echinococcus saß, ein Befund, der bisher noch nicht gemacht wurde. Verf. glaubt, dass der Echinococcus von außen in die Höhle der Appendix gelangt sei, welcher schon gegen das Coecum abgeschlossen war, da auch außen an der Spitze des Fortsatzes ein Echinococcus saß. (Dem Ref. würde die Erklärung ungezwungener erscheinen, dass der Parasit aus dem Darmlumen in den Wurmfortsatz gelangte, sich dort ansiedelte und dass von hier aus der Echinococcus an der Bauchhöhlenseite entstanden sei.) **v. Cačković** (Agram).

10) J. Marčelić. Über die Fälle von Taenia echinococcus, beobachtet und behandelt im Landesspital zu Arbanasi (Zara) in den Jahren 1891—1898.

(Liečnički viestnik 1899. No. 5. [Kroatisch.])

Die Taenia echinococcus ist in Dalmatien so verbreitet, dass sie zu den häufigsten Krankheiten gehört, in allen Landestheilen und bei allen Volksklassen auftritt, beim armen Volk jedoch häufiger vorkommt. Der Hund ist auch hier der Infektionsvermittler, jedoch nach Verf.s Meinung nicht durch direkten Verkehr,

sondern dadurch, dass die Erde und die Cisternen durch seine Exkremente verunreinigt werden. Die Infektion soll beim Arbeiten, durch die mit der Erde und Dünger besudelten Hände und durch Trinken des schlechten und verunreinigten Wassers stattfinden. (Nebenbei bemerkt Verf., dass nach seiner Meinung das schlechte Wasser auch der Grund der häufigen Blasensteine und Leberabscesse ist.) Ob bei der Verbreitung des Echinococcus auch die fast ausschließliche Fischnahrung bei den Inselbewohnern eine Rolle spielt, kann Verf. nicht positiv behaupten.

In der Berichtszeit wurden im Krankenhaus 50 Fälle von Echinococcus behandelt, welche sich nach den erkrankten Organen theilen: Leber 26, Omentum 8, Lunge 6, Nieren 4, M. pectoralis, Nacken, Ligamentum lat. uteri, Rücken, Gehirn und Hüfte je 1 Fall. Von den Kranken waren 31 Männer und 19 Weiber. Operirt wurden 36, von denen 33 geheilt, 2 gestorben und 1 noch in Behandlung sind.

Verf. bringt in kurzem Auszug die Krankengeschichten von 12 Leber-, 4 Omentum-, 2 Lungen-, 1 Nieren-, 1 Brustmuskel-, 1 Hüft- und 1 Gehirnechinococcus. Von diesen Leberfällen wurden 8 operirt und zwar 2 durch Laparotomie, 5 durch Rippenresektion und 1 durch Laparotomie und nachfolgende Rippenresektion. Die Operation wurde einzeitig ausgeführt; Annähung des Sackes an die Bauchwand und Eröffnung. In 2 Fällen wurde der Echinococcus vereitert gefunden. Von den Fällen sind folgende hervorzuheben: Fall 7. Schon seit längerer Zeit Dyspnoë, die einen bedrohlichen Grad erreicht, so dass sofort nach Krankenhausaufnahme zur Operation geschritten wird. Laparotomie in der Medianlinie fördert wenig Flüssigkeit hervor, der Zustand bessert sich nicht, desswegen Resektion der 8. rechten Rippe und Entleerung von 2 Litern Flüssigkeit. Puls und Athmung bessern sich sofort. Von den nicht operirten Fällen sei hervorzuheben Fall 8, in dem die Pat. über Husten und Blutspucken klagte. Am 10.—12. Tage nach Krankenhausaufnahme hustete Pat. viel stinkenden gelbgrünlichen Eiter und Echinococcusmembranen aus. Dies hielt einige Tage an, der Auswurf war immer gelbgrünlich gefärbt und wurden in demselben chemische Gallenbestandtheile konstatirt. Danach Besserung, Verkleinerung der Leber und Ausbleiben des Fiebers. Es ist klar, dass hier der vereiterte Echinococcus durch das Zwerchfell in die Lungen durchgebrochen ist. Fall 12 ist eigentlich ein Echinococcus multiplex, da Blasen in der Leber, im Omentum und Hoden aufgefunden wurden. Von den beschriebenen 4 Omentumechinokokken wurden 2 operirt und zwar 1 einzeitig und 1 zweizeitig; beide geheilt. Die 2 Lungenfälle erweckten Verdacht auf Lungenphthise, und wurde bei dem 1. die Diagnose durch Aushusten der Membran (danach Heilung), im 2. durch Auswerfen der Membran durch die Thorakotomieöffnung sichergestellt; Heilung. Beim Nierenfall wurde die Nephrotomie gemacht, dabei die ganze Niere zerstört gefunden, Eiter und Membran entleert; Heilung. Der Brustmuskelechinococcus wurde durch Punktion und Sublimatinjektion, der Hüftfall durch Incision zwischen Mm. vastus int. und adductores behandelt und geheilt, die Höhle reichte in letzterem bis zum Knochen. Der Gehirnechinococcus ist ein Sektionsbefund nach tödlichem Ausgang in einen apoplektiformen Insult; die Blase war in den dritten Ventrikel durchgebrochen.

v. Čačković (Agram).

11) **Krönlein.** Über Ulcus und Stenosis des Magens nach Trauma.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 3.)

Zu den wenigen bisher bekannten Fällen von Entstehung eines stenosirenden Magengeschwürs durch Kontusion der Magengegend fügt Verf. 2 neue, deren Werth um so größer, als die Autopsie in vivo die zweifellose Thatsache des Bestehens des Geschwürs nachwies. Beide Male handelte es sich um ein sehr ausgedehntes Geschwür der Pars pylorica, das eine Mal weit auf das Duodenum übergreifend und dasselbe so verengend, dass nur eine feine Knopfsonde hindurchging. Beide Male Resektion des Pylorus; der eine Kranke starb am nächsten Tage im Collaps, der andere heilte. Für die Unfallfrage sind diese Beobachtungen von größter Bedeutung.

Haeckel (Stettin).

12) **Sievers.** Ein Fall von Sanduhrmagen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 15.)

S. berichtet über einen Fall von angeborenem Sanduhrmagen bei einer 26-jährigen Dienstmagd, welche an einer durch ein perforirendes Magengeschwür bedingten Peritonitis zu Grunde gegangen war.

Die Anamnese ergab einen vorwiegend guten Gesundheitszustand. Etwa 6 Wochen vor der Aufnahme ins Krankenhaus hatte Pat. wegen eines Magengeschwürs in einer anderen Krankenanstalt gelegen und nach ihrer Genesung über keine weiteren Störungen von Seite des Magens geklagt. 2 Tage vor der Krankenhausaufnahme trat Unbehagen und heftiger Schmerz im unteren Theil des Bauches auf, es wurde akute, heftige, diffuse Peritonitis diagnosticirt, welche nach $3^1/_2$-tägigem Krankenlager den tödlichen Ausgang herbeiführte.

Die Obduktion zeigte den Magen von der Mitte aus in 2 beinahe gleiche Hälften getheilt, welche durch einen 2 cm langen und $2^1/_3$ cm breiten, röhrenförmigen Theil vereinigt waren, dessen Lumen so eng war, dass nur der kleine Finger hindurchgesteckt werden konnte (vgl. die der Arbeit beigegebene Illustration). 1 cm von der Verengerung nach der der kleinen Curvatur zugewandten Seite des Pylorusantheils saß das perforirende Geschwür. Die brückenförmige Verbindung der beiden Magenhälften erwies sich als vollständig normal, und zeigte, mikroskopisch untersucht, von der Mucosa bis zur Serosa durchweg gesundes und normales Gewebe.

Mit dem Hinweis auf die erheblichen Schwierigkeiten bezüglich der Diagnose dieser Anomalie und auf die Thatsache, dass bei etwa 60% von Sanduhrmagen ein Ulcus in der Nähe der verengten Stelle des Magens gefunden wurde, dessen Entstehung S. damit erklärt, dass die Nahrung beim Passiren des Magens durch die Stenose gedrückt werden muss, schließt er seine Mittheilung.

Gold (Bielitz).

13) **M. v. Čačković.** Gumma ventriculi.

(Liečnički viestnik 1899. No. 1. [Kroatisch.])

45jährige Pat., in Wikerhauser's Abtheilung mit Magenbeschwerden aufgenommen, giebt an, dass sie seit einem Jahre Alles erbreche und seit 8 Wochen einen Tumor unter dem linken Rippenbogen bemerke.

Bei der schwachen und anämischen Pat. wird ein stark dilatirter Magen und ein faustgroßer, harter, knolliger Tumor gefunden. Da die Pat. harte, indolente, inguinale und kubitale Lymphdrüsen, so wie etwas Leukoderm am Nacken zeigte, wurde derselben Jodkali gegeben, trotzdem sie jede Geschlechtskrankheit leugnete. Diese Therapie wurde von einem glänzenden Resultat begleitet, da die Beschwerden langsam verschwanden und sich der Tumor vollkommen verlor, so dass sich bei ihrer Entlassung (nach 2 Monaten Spitalsaufenthalt) keine Spur davon auffinden ließ. Pat. hatte sich sehr gekräftigt und zeigte einen bedeutenden Fettansatz. So wurde in diesem Falle ex juvantibus der Verdacht bestätigt und die Diagnose gesichert. Eine erfolgreiche antiluetische Kur ist bisher das einzige Mittel, um die Diagnose Magensyphilis festzustellen; vermuthen kann man dieselbe, wenn sich bei einem Syphilitischen Zeichen einer schweren Magenerkrankung einstellen.

In der diesem Bericht in der Gesellschaft der Ärzte in Agram folgenden Diskussion erwähnt v. Antolković einen ähnlichen Fall, den er vor 13 Jahren beobachtet hat. Eine 45jährige Pat. kam im elenden Zustand ins Krankenhaus, erbrach Alles, zeigte einen Magentumor. Fon führte bei der Pat. die Laparotomie aus, doch wurde eine ausgebreitete Infiltration des Magens gefunden, in Folge dessen es bei einer Probelaparotomie blieb. Auf Jodkali und Einreibungen mit grauer Salbe besserte sich der Zustand vollkommen, der Tumor verschwand, und Pat. verließ geheilt das Krankenhaus. (Selbstbericht.)

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König**, in Berlin. **E. Richter**, in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 28. Sonnabend, den 15. Juli. 1899.

Eine neue operative Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre.

Von
Dr. N. Bardescu,
Chirurg des Brâncoveanu-Krankenhauses in Bukarest.

In der Sitzung vom 15. April a. c. hat Chipault der biologischen Gesellschaft zu Paris die Behandlung der varikösen Ulcera des Unterschenkels mittels Nervendehnung vorgeschlagen. Viel früher schon habe ich eine identische Behandlung mit gutem Erfolg angewendet, wie aus meinen Veröffentlichungen im December 1897 ersichtlich ist[1], so dass die Mittheilung Chipault's meine schon früher aufgestellten Behauptungen bestätigt. Im Folgenden soll das Verfahren in aller Kürze geschildert werden.

Die Indikation meines Eingriffs fand ich in der Pathogenie des Ulcus varicosum des Unterschenkels selbst, das, den neueren

[1] Bulletin de la société des sciences médicales de Bucarest, séance du 1. Décember 1897. N. Bardescu: Noui indicatiuni la elongarea nervilor periferici. Revista medicala »Spitalul« 1897. p. 581.

Forschungen zufolge als eine phlebo-neuro-trophische Störung angesehen werden könnte. Nun ist es ja bekannt, dass die Trendelenburg'sche Operation, die auf die pathogene Rolle der Varicen gestützt ist, in der Behandlung dieser Ulcera wohl verbreitet ist; auch mir hat sie öfters zufriedenstellende Resultate geliefert. Allein dieser Eingriff genügt nicht; denn die Pathogenie der varikösen Ulcera stellt einen Komplex pathologischer Verhältnisse dar, da außer den pathologisch-anatomischen Veränderungen der Gefäße auch noch viel bedeutendere Läsionen der Nerven vorhanden sind. In Folge dessen muss die Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwürs auch auf diese Seite der Krankheitsentstehung Rücksicht nehmen, so dass sie namentlich bei den varikösen Geschwüren den Rückfluss des Kreislaufs sowohl wie die trophische Innervation modificire. Dies war der Grundsatz, der mich in den folgenden 2 Fällen geleitet hat.

P. V., 45jähriger Bauer, aufgenommen am 19. September 1897 mit chronischem Geschwür des Unterschenkels, seit 8 Jahren vorhanden und von einer Verletzung herrührend, nach innen und nach außen, in einer Ausdehnung von 14 und 8 cm, mit gangränösem Detritus bedeckt und mit schwieligen Rändern. Varicen an den Unterschenkeln. Die Tibia ist etwas verdickt.

Am 28. September wird unter Lokalanästhesie mit Cocain die Resektion der V. saphena magna im mittleren Drittel des Unterschenkels vorgenommen. Am 8. Oktober wird in der Chloroformnarkose die Fingerdehnung des N. peroneus communis hinter dem Fibulakopf gleich oberhalb seiner Endäste ausgeführt. Nach der Dehnung wurde der Nerv zerfasert und die Fascikel desselben mit der Spitze des Bistouri getrennt, damit die varikösen Gefäße des Nerven so viel wie möglich zerstört würden. Der Nerv ist dann an seine frühere Stelle gebracht worden, die Wunde geschlossen und mit einem trockenen antiseptischen Verband versehen.

Nach der Operation bemerkten wir eine vorübergehende Anästhesie des N. peroneus superficialis. Die schwieligen Ränder beginnen sich zu reinigen, nach 17 Tagen ist das Geschwür um die Hälfte verkleinert und von schönen Granulationen bedeckt. Pat. wird am 27. November geheilt entlassen; an Stelle des Geschwürs ist eine ziemlich resistente Narbe vorhanden.

Der 2. Pat., J. B., 50jähriger Gräber, wird am 27. September 1897 mit Varicen beider Unterschenkel, Ekzem und Ulcus chronicum des linken Unterschenkels aufgenommen. Vor 7 Jahren erschien das variköse Ödem der unteren Extremitäten; vor 6 Jahren das Ekzem, das schon öfters geheilt worden ist; vor 4 Jahren bildete sich ein Geschwür, das anfänglich im unteren Drittel, an der äußeren Seite des Unterschenkels begrenzt war, und das nun 8 und 5 cm groß ist. Nach 2 Jahren erschien etwas höher und nach hinten ein zweites Geschwür, das die Größe eines 5-Franc-Stücks erreichte. Beide Geschwüre waren durch keine Behandlung zu beeinflussen.

Am 28. September 1897 wird unter Lokalanästhesie mit Eucain die Resektion der Vena saphena magna vorgenommen; am 7. Oktober wird in der Chloroformnarkose die einfache Fingerdehnung des N. peroneus communis, wie geschildert, ausgeführt. Der Eingriff lieferte ein ganz ausgezeichnetes Resultat, denn der Pat. wird nach 26 Tagen vollständig geheilt entlassen. Ich habe den Pat. nach 1 Jahre wiedergesehen und fand denselben wie bei der Entlassung, obwohl derselbe zu seinen früheren Gewohnheiten und Arbeiten zurückgekehrt ist.

In diesen beiden Fällen habe ich die Resektion der Vena saphena magna und die Dehnung des Nerven in 2 Sitzungen vorgenommen,

da ich noch unter dem Einfluss der Trendelenburg'schen Operation stand. Allein ich glaube, dass beide Operationen mit besserem Erfolg in einer Sitzung auszuführen sind.

Was nun die Wahl des Nerven anbetrifft, so habe ich bei diesen beiden Pat. in Folge der Ausdehnung der Läsionen den N. peron. commun. vorgezogen. Natürlich wird jedes Mal jener Nerv gewählt werden, der die ergriffene Region beherrscht; für kleinere, oberflächliche, begrenzte Alterationen wird man die betreffenden Hautäste berücksichtigen, einen oder mehrere, wie den N. saphenus und den N. peron. superficialis.

---

1) **Fink** (Karlsbad). Zur Frage: Wann sind Gallensteine zu operiren?

Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1899.

Wie zu erwarten, ist F. im Gegensatz zu Langenbuch, Riedel, Kehr, ein Gegner der Frühoperation. Er vertheidigt aufs wärmste die Karlsbader Kur, deren Erfolg er häufig beobachten konnte; wie Riedel, denkt er sich ihre Wirkung so, dass durch die im Darm eingeleitete, das Gallensystem mit einbeziehende Peristaltik die Entzündungsprodukte abgeleitet werden, es zur Abschwellung der Blasenschleimhaut, wie der des ganzen Gallensystems komme, und so die Gallencirkulation wieder hergestellt würde. Die vorhandenen krankhaften Produkte werden nach außen befördert, die Gallensteine bleiben ruhig liegen, die Koliken hören auf. So werden viele Kranke nach ihrem ersten Anfall dauernd geheilt. Aber auch bei dem Recidiv, selbst nach mehreren heftigen Attacken, lässt sich Heilung erzielen. Gegenüber Czerny, der bei seiner Zusammenstellung von 116 operirten Fällen 30mal Carcinom konstatirte, weist F. wohl mit Recht (Ref.) darauf hin, dass dieser Procentsatz, auf die große Zahl der an Cholelithiasis Leidenden vertheilt, kaum in Betracht komme.

Eine weitere Indikation für den Gebrauch der Thermen giebt nach F. der akute Choledochusverschluss: die Konkremente werden beim Freiwerden der Passage vorwärts geschoben; eben so sei ein Fortschieben der im Ductus cysticus befindlichen Steine möglich, nur dass die vis a tergo nicht durch fortrückende Galle, sondern durch die seröse Transsudation der Blase geliefert würde.

Die Operation will F. reservirt wissen für die Fälle, wo die die Kolikanfälle begleitende Entzündung sich nicht zurückbildet, wo sich ein Empyem der Gallenblase mit hohem Fieber einstellt, oder Pericholecystitis mit schweren Erscheinungen besteht; weiter hält er chirurgisches Eingreifen für angezeigt, wenn in Folge einer Verstopfung des D. cysticus sich Hydrops mit wiederholten Schmerzen entwickelt, ferner beim chronischen Verschluss des D. choledochus und »bei den nach dem Abgang der Steine zurückbleibenden Verwachsungen, wenn letztere den Pat. große Beschwerden bereiten«.

Der Standpunkt F.'s wird durch einen Bericht über 12 bezw. 13 von ihm operirte Fälle, der den größten Theil der Abhandlung einnimmt, illustrirt: es sind ausgesucht schwere Fälle, die ausführlich und anschaulich besprochen werden, ohne dass wesentlich Neues geboten würde. Das Studium der Krankengeschichten kann jedoch empfohlen werden.

Die ausgeführten Operationen waren folgende:

1 Pat. 3 Spaltungen,
4 » 4 Cholecystostomien,
1 » Lösung von Verwachsungen,
2 » 2 Cystikotomien mit Cholecystostomie,
1 » 1 Cystikotomie mit Exstirpation der Blase,
2 » 2 Choledochotomien mit Exstirpation der Blase,
3 » Fisteloperation (Exstirpation der Blase, Choledochotomie),
1 » Hepatikostomie.

2 Pat. gingen nach erfolgreicher Operation an Schwäche zu Grunde, die übrigen wurden geheilt. In einem Falle von Cholecystitis, die sich in unmittelbarem Anschluss an Typhus entwickelte, ergab die Operation leicht getrübte Gallenflüssigkeit. Die bakteriologische Untersuchung wurde nicht vorgenommen; trotzdem nimmt F. als sicher an, dass Cholecystitis infectiosa typhosa (Chiari) vorlag.

Gross (Straßburg i/E.).

---

2) **H. Kehr, P. Eilers** und **R. Lucke.** Bericht über 197 Gallensteinoperationen aus den letzten $2^2/_3$ Jahren.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 3.)

K. hat die überaus reichen Erfahrungen über das Gallensteinleiden, die er zu den früheren in den letzten 3 Jahren gemacht hat, dieses Mal im Archiv für klinische Chirurgie niedergelegt. Im Verein mit seinen Assistenten hat er ein neues Material von 202 Fällen mit all ihren Krankengeschichten zusammengestellt. Es ist gewiss nicht leicht, sich durch eine solche Fülle von Journalen hindurch zu arbeiten, indess man wird die Mühe nicht bereuen und muss K. Recht geben, dass das Studium solcher Krankenberichte am meisten mit fördert, spec. ganz präcise Diagnosen über den Sitz der Steine in irgend einem Theil des Gallengangsystems stellen zu lernen. Nicht am wenigsten interessant und lehrreich sind die Mittheilungen über jene Fälle, die zum 2. Male oder öfters noch zur Operation kamen. K. betont besonders, dass es sich hier nie um wirkliche Recidive handelte, sondern dass es an dem durch die besonderen Umstände veranlassten Zurücklassen von Steinen bei der Operation lag, wenn mit dem 1. Eingriff keine radikale Heilung erzielt wurde. Meist waren solche Komplikationen Folge recht langwieriger Gallensteinprocesse, die alle besser in viel früherem Stadium operirt worden wären. Der Standpunkt in der ganzen Frage der Gallensteintherapie hat sich bei K. im Wesentlichen nicht verändert. Auch heute noch mahnt er drin-

gend, in Zeiten operiren zu lassen, in denen man mit der einfachen Cystostomie auskommt. Sie hat auch bei dem in dieser Arbeit veröffentlichten Material bei Weitem die besten Erfolge, während die Choledochotomie sich auch jetzt noch als eine wesentlich ernstere Operation erwies. Bei infektiösen Processen im Choledochus und den Gallengängen empfiehlt K. auf das wärmste die Hepaticusdrainage mit dem Gange sich eng anschließendem Drainrohr. Mit dieser Methode glaubt er manchen Fall retten zu können, der bei der Naht des Ductus choledochus bisher ad exitum kam. Überhaupt soll man bei Choledochotomien mit oder ohne Naht stets tamponiren.

Im Gegensatz zu Riedel, dessen Verdienste um die Gallensteinpathologie Verf. vollkommen würdigt, ist K. der Ansicht, dass es Gallensteinkoliken auch ohne Entzündung giebt als reine Einklemmungskoliken. Auch mit der Fremdkörperentzündung Riedel's kann er sich nicht befreunden und nimmt statt einer solchen Perialienitis mit Naunyn immer infektiöse Einflüsse an, auch dort, wo uns die Bakteriologie heute noch im Stiche lässt. Ferner will K. den Begriff resp. das Vorkommen des entzündlichen Ikterus eingeschränkt wissen. Die Perialienitis infectiosa choledochi hält er im Widerspruch zu den Anschauungen Riedel's nicht für eine absolut letale Erkrankung, wenn man die offene Wundbehandlung mittels Drainage gut durchführt und die Naht bei solchen Processen unterlässt. Die bei der Kolik auftretenden Schmerzen sieht K. in den meisten Fällen für eine Folge der Entzündungsvorgänge an; allein für ihn existirt der Begriff der Gallensteinkolik als reines Einklemmungssymptom. Während Riedel ferner eine dauernde Einklemmung von Steinen im Ductus cysticus nicht anerkennt, hat K. solche Fälle gesehen.

Erwähnenswerth dürfte noch sein, dass Verf. an eine rein traumatische Cholecystitis ohne Steinbildung glaubt, welche hauptsächlich bei männlichen Kranken der arbeitenden Klasse vorkommt. Man findet bei der Operation dann nur Adhäsionen der Gallenblase.

Bei akutem Choledochusverschluss soll man nicht operiren, sobald derselbe aber chronisch wird und ernstere Symptome bleiben, sich nicht vor dem Messer scheuen.

Ganz bestimmte allgemeine Regeln für die Art der Operation kann man nicht geben, sondern muss von Fall zu Fall individualisiren. Die Exstirpation der Blase macht K. bei chronischen Fällen mit starker Veränderung der Gallenblase häufiger. Die sogenannten idealen Operationen, spec. die Cystendyse, verwirft K. auf das entschiedenste, weil sie in den meisten Fällen eine zu gefährliche Operation ist. Auch die Kümmel'sche extraperitoneale Verschließung der Gallenblase hält er für irrationell.

Wenn auch der größte Theil dieser neuen Arbeit von Krankengeschichten eingenommen ist, so sind doch in die vielfachen epikritischen Bemerkungen und an den Schluss derselben sehr viele praktische Winke und theoretische Erörterungen eingefügt, deren Fülle

hier nicht wiederzugeben ist. Einer besonderen Empfehlung dieser letzten Arbeit des bekannten Autors bedarf es nicht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

3) **N. Racoviceanu-Pitesti** (Bukarest). Die von der Scheide aus erfolgenden Ausspülungen der Bauchhöhle mit künstlichem Serum.

(Revista de chir. [Bukarest] Vol. III. Hft. 1 u. 2.)

Schon 1895 hat R. behauptet, dass die nach vaginalen Eingriffen auftretenden septischen Erscheinungen mit reichlichen Serumspülungen von der vaginalen Operationswunde aus günstig zu beeinflussen seien (Jullien). Der vaginale Weg bietet außer der Möglichkeit, keine neue Infektionspforte zu schaffen, noch den Vortheil, dass die Scheidenwunde tief liegt. R. hat bis jetzt 27 Pat. nach dieser Methode behandelt, der übrigens vorgeworfen wird, dass sie die Gefäßspannung erhöht und die Toxine löst und im Körper verbreitet. Die Ausspülungen werden vorgenommen sobald der Puls 120—140 Schläge zählt, die Temperatur 38—39° beträgt und sonstige peritonitisch-septische Erscheinungen vorhanden sind. Die Menge des Serums schwankt zwischen 5—12 Litern. Die Ausspülungen bessern den Puls, dessen Frequenz abnimmt, bekämpfen die Verstopfung, das Aussehen wird besser, Erbrechen und Singultus verschwinden. R. empfiehlt diese Behandlung in allen Fällen, in denen das Missverhältnis zwischen Puls und Temperatur auf eine peritoneale Infektion hinzuweisen scheint.

Hârsu (Bukarest).

---

4) **H. Delagénière.** Chirurgie de l'utérus.

Paris, **Instit. d. bibliogr. scientif.**, 1898.

Vorliegendes Werk, welches Verf. seinem Lehrer Terrier gewidmet hat, schildert alle nur denkbaren Operationen, welche den Uterus und seine Bandapparate betreffen. Auf 409 Seiten wird die Chirurgie des Uterus mit größter Ausführlichkeit, mit pedantischer Genauigkeit, in trockner Darstellung, in einer — wenigstens äußerlich — übersichtlichen Anordnung nach echt französischer Manier dem Leser vorgeführt. Die Eintheilung der Materie ist unglücklicherweise nicht nach Krankheiten, sondern nach der anatomischen Lokalität gewählt, so dass Derjenige, der z. B. etwas über die Operation der Myome oder der Lageveränderungen des Uterus nachlesen will, 15—20 verschiedene Kapitel nachschlagen muss. Um ein weiteres Beispiel zu wählen, auf p. 182—192 wird die Hystérectomie abdomino-vaginale, auf p. 349—358 die Hystérectomie vagino-abdominale abgehandelt.

Neben dem eigenen Operationsverfahren des Verf. finden wir alle Methoden, die von anderen Autoren publicirt worden sind, mit peinlichster Genauigkeit aufgeführt, auch solche, die vollkommen obsolet geworden sind oder die nur von einigen Wenigen vielleicht

noch geübt werden. In jedem Abschnitt ist eine kurze Mittheilung über die Geschichte der Operation enthalten. Die Monographie gestattet daher einen guten Überblick über dasjenige, was im Laufe der Jahre auf diesem Gebiet ersonnen und geschaffen wurde, Werthloses und Werthvolles. Besonders da, wo viele Autoren sich um die Ausbildung einzelner Operationen verdient gemacht haben, ist die objektive Aufzählung aller Varianten für den Kenner von Interesse.

Fragt man sich aber, für wen das Buch in Deutschland einen Werth haben könnte, so muss man in Verlegenheit gerathen. Für den Anfänger? Nein, denn für diesen ist zu viel gegeben und die Absicht des Verf. nicht vortheilhaft, die Kritik der verschiedenen Operationsmethoden dem Leser zu überlassen. Für den Geübteren? Auch nicht, denn abgesehen von dem historischen Interesse der Arbeit kann es nicht befriedigen, dass wir über die eigenen Resultate des Verf. nichts erfahren.

Trotzdem bereut es Ref. nicht, das Buch mit Aufmerksamkeit durchgelesen zu haben. Die Technik D.'s verräth den hervorragenden Chirurgen bei jeder Operation, und es ist wirklich schade, dass Verf. gerade bei der Darstellung seiner eigenen Operationsweise es fast durchweg verschmäht hat, erläuternde Abbildungen zu geben, während doch sonst die Zeichnungen mit verschwenderischer Reichlichkeit (378 Textfiguren) eingefügt sind. Die Antisepsis und Asepsis ist peinlichst gewissenhaft. Die Vorbereitung der Kranken umfasst, wo es möglich ist, einen längeren Zeitraum, bei der vaginalen Hysterektomie z. B. 8—14 Tage, während welcher Zeit Pat. täglich wiederholte antiseptische Scheidenspülungen und alle 2 Tage ein Seifenbad nehmen muss. 4—5 Tage vor der Operation beginnt folgende Vorbereitung: Morgens und Abends wird die Scheide mit Tampons gereinigt, die in Alkohol oder Äther getränkt sind, darauf der Muttermund und das Scheidengewölbe mit Jodtinktur ausgepinselt. Bei Ulcerationen am Muttermund wird außerdem auf je 12 Stunden ein Jodoformgazetampon in die Scheide eingelegt. Am Tage vor der Operation wird nach Abführkur die Vulva vollkommen rasirt und im Seifenbad gereinigt. Kurz vor dem Eingriff nochmaliges Abseifen und Desinficiren, wobei wiederum Alkoholtampons und Jodpinselungen in der Scheide verwendet werden. — Ähnlich sorgfältig sind die Vorbereitungen vor Laparotomien, bei Myomotomien wird sogar die Vorbereitungszeit auf 4 Wochen ausgedehnt.

Sehr gut sind die kurzen Notizen über die »Indikationen«, welche jedem Kapitel angefügt sind. Sie sind klar und präcis und zeugen von viel Erfahrung.

Von Einzelheiten sei nur Einiges hervorgehoben. Bei der Behandlung der Myome werden die konservativen Operationen nicht sehr empfohlen. D. führt dieselben nur bei solitären nicht zu großen Knoten jüngerer Individuen aus. Im Übrigen bevorzugt er die abdominale Totalexstirpation nach eigener Methode. Die sonst bei den Franzosen so sehr beliebte vaginale Zerstückelung selbst

größerer Myome schränkt Verf. auf diejenigen Fälle ein, bei denen der Uterus nicht über Symphysenhöhe ragt.

Bei den Carcinomen zieht Verf. im Allgemeinen die vagino-abdominale Hysterektomie vor, bei welcher es einerseits (auf dem vaginalen Weg) möglich ist, das obere Drittel der Scheide mitzunehmen und andererseits (vom Bauch aus) die »iliacalen Drüsen« gleichzeitig zu exstirpiren. Leider ist gerade hier die Beschreibung nicht sehr genau, auch wäre es wohl bei keiner Operation so wichtig gewesen, etwas über die primären Resultate, so wie über die Dauererfolge mitzutheilen.

Bezüglich weiterer Einzelheiten, so wie der operativen Behandlung der entzündlichen Erkrankungen und der Lageveränderungen der Gebärmutter und seiner Anhänge, über die verschiedenen Methoden des Kaiserschnitts etc. möge Derjenige, welcher sich für das Werk D.'s interessirt, im Original nachlesen. **Pfannenstiel** (Breslau).

5) **N. Flaischlen.** Über die Alexander-Adams'sche Operation.

Halle a/S., **Karl Marhold,** 1899. 16 S.

Die kleine Schrift, ein in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie gehaltener Vortrag, bespricht die Technik, Vorzüge und Irrthümer, welche bei der Alexander'schen Operation in Frage kommen. F. hat die Operation 16mal ausgeführt und sich bei allen operirten Pat. überzeugt, dass die Heilung eine dauernde war. 2 von ihnen koncipirten später, eine mit normaler Geburt, eine mit Abort im 3. Monat.

Als Hautschnitt empfiehlt F. einen medianen Bogenschnitt, nicht 2 seitliche Schnitte, nach dem Vorschlag von Casati und Rumpf. Das Lig. rotundum soll im Leistenkanal selbst, nach Spaltung desselben, aufgesucht werden, aber nicht mit dem Messer, sondern stumpf. Die Naht legt F. quer durch das Ligament.

Indicirt ist die Operation nur bei völlig beweglichem Uterus und auch stets nur dann, wenn eine Pessartherapie nicht möglich ist (bei Virgines) oder bereits erfolglos versucht wurde. Adnexerkrankungen kontraindicirten die Operation natürlich auch. Bei fixirter Retroflexion empfiehlt F. die Ventrofixation. Die von Wertheim und Bode empfohlene vaginale Verkürzung der Ligamenta rotunda hält F. nicht für empfehlenswerth. **Jaffé** (Hamburg).

6) **Mazzoni.** Sulla cura del prolasso dell' utero.

(Durante's Festschrift Vol. III.)

M. hat in 7 Jahren 60 Fälle von Uterusvorfall chirurgisch behandelt, und zwar 2 durch Hysterectomia vaginalis, 1 nach Alexander, 27 mit Kolporrhaphie, Collumamputation und Perineorrhaphie, und 30 mit Ventrofixation. M. zieht den abdominalen Weg vor, weil dabei neue Bänder sich bilden lassen, die eine bessere Gewähr für das Festhalten des Uterus geben, weil man durch Befestigung der

vorderen oberen Blasenwand an der Bauchwand eine der Ursachen der Recidive beseitigt, weil die Kolporrhaphie entweder Scheide und Uterus der eigentlichen Bestimmung entzieht oder im Falle einer Schwangerschaft schwere Gefahren im Gefolge hat, und weil man schließlich dabei die gesammten inneren Genitalien übersehen kann.

Dreyer (Köln).

---

7) **Voituriez.** L'espace paravaginal et les hématomes paravaginaux.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XVII. Hft. 2.)

Der Paravaginalraum befindet sich zwischen äußerer Fläche des Parietalblattes der Tunica vaginalis testicularis und innerer Fläche der Tunica fibrosa. Sein Vorhandensein wird durch chirurgische, experimentelle und pathologische Thatsachen bewiesen. So kann dieser Paravaginalraum auch Sitz eines Hämatoms werden, wie Verf. an einer Beobachtung aus der Duret'schen Klinik zeigt. Das paravaginale Hämatom ist bereits von den alten Chirurgen beschrieben worden; genauere Erfahrungen darüber sind aber erst von Reverdin und Kocher, sodann von Baseil und Lemichez gesammelt worden. Es setzt als prädisponirende Ursache das Vorhandensein einer alten Varicocele oder Hydrocele voraus; als Hilfsursache muss dann irgend ein Trauma (Fußtritt, Fall, Stoß etc.) hinzukommen. Auch operative Verletzungen bei der Punktion einer Hydrocele können ein solches paravaginales Hämatom hervorrufen, wenn es sich um Verletzung von Gefäßen handelt, die aus den Vv. oder der Art. funicular. entspringen und sich in den paravaginalen Zwischenraum hineinschlängeln. Auch die bei lange bestehenden Hydrocelen beobachtete spontane Ruptur der Tunica vaginalis kann zu paravaginalen Hämatomen führen.

Die paravaginalen Hämatome haben eine regelmäßige, mehr oder weniger oblonge Form; ihre Größe ist verschieden, kann aber bis zu 2 Fäusten betragen. Durch reaktive Entzündungen können sich die Wandungen allmählich verdicken. Während bei der vaginalen Hämatocele der Hoden mit der Geschwulst verschmolzen ist, erscheint er bei dem paravaginalen Hämatom völlig unabhängig von der Blutgeschwulst und kann durch Tastung leicht isolirt werden. Eine spontane Rückbildung des paravaginalen Hämatoms ist sehr selten; meist kapselt es sich ein, die Wandungen verdicken sich und können verknorpeln. Durch Infektion kann es auch zu einer Vereiterung des Hämatoms kommen.

Die Behandlung des einfachen frischen Hämatoms besteht in breiter Spaltung, Drainage und Kompressionsverband; bei alten Hämatomen mit verdickten Wandungen sind diese freizulegen und möglichst weit zu reseciren. Ist gleichzeitig noch eine Hydrocele vorhanden, so wird die Radikaloperation derselben angeschlossen.

P. Wagner (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

Über einen Fall von dreifacher Harnblase.

Von
Dr. Arthur Strauss,
Specialarzt für Haut- und Harnkrankheiten in Barmen.

(Vorgetragen im ärztlichen Verein in Barmen, Junisitzung.)

Am 22. Februar 1899 konsultirte mich der 29jährige G. P. aus Gevelsberg, und zwar wegen häufigen und schmerzhaften Harndrangs. P. machte den Eindruck eines schwachsinnigen Menschen. Seine Sprache ist zögernd und unbeholfen. Der Bruder gab später an, dass er stets geistig schwach und eigensinnig gewesen sei. Zum Bäckerhandwerk habe er nicht getaugt; in der Feilenhauerei seines Vaters habe er nicht lernen können, an der Feilenhauermaschine zu arbeiten. Er sei daher nur zu groben Arbeiten zu verwenden gewesen. Die Eltern und zwei Brüder sind gesund. Die Schwester des Vaters hat zwei irrsinnige Kinder. Ein drittes ist, ebenfalls irrsinnig, in einer Irrenanstalt gestorben. Konstitutionsanomalien sind in der Familie nicht heimisch. P. war bis zum Jahre 1897 im Allgemeinen gesund gewesen; nur litt er schon seit Jahren an häufigem Harndrang, der sich namentlich seit dem Jahre 1897 dermaßen steigerte, dass schließlich stets nach 5 Minuten bis höchstens $^1/_4$ Stunde die Miktion stattfinden musste; in der Regel stellte sich 5 Minuten nach der Miktion ein heftiger, schmerzhafter Drang in der Eichel ein; dabei ist Inkontinenz vorhanden. Hemd und Hose sind fast beständig von Urin durchnässt und P. wird wegen seines Uringeruchs von den Menschen gemieden. Er hält sich auch von der eigenen Familie möglichst fern und pflegt mit besonderer Vorliebe, auch Nachts, im Stalle des Vaters zuzubringen um, wie er sagt, neben den Pferden zu schlafen. Seine Stellung ist meist eine gebückte, zusammengeknickte; vornübergebeugt, die Hände gegen den Bauch gepresst, pflegt er zu sitzen und zu stehen. Die Untersuchung seiner inneren Organe ergab nichts Abweichendes; insbesondere waren von Seiten des Centralnervensystems keine Veränderungen nachzuweisen. Reaktion des Urins sauer, spec. Gewicht 1026; kein Eiweiß, kein Zucker. Der Urin ist leicht getrübt, mikroskopisch sind im spärlichen Sediment Leukocyten und in geringerer Zahl rothe Blutkörperchen nachzuweisen. Die Prostata ist nicht vergrößert, nicht abnorm druckempfindlich. Die geschlechtliche Potenz ist gering. P. hat 2mal einen mangelhaften Versuch zum Beischlaf gemacht und glaubt, sich dabei einen Tripper zugezogen zu haben; er hat indessen nie an Ausfluss gelitten.

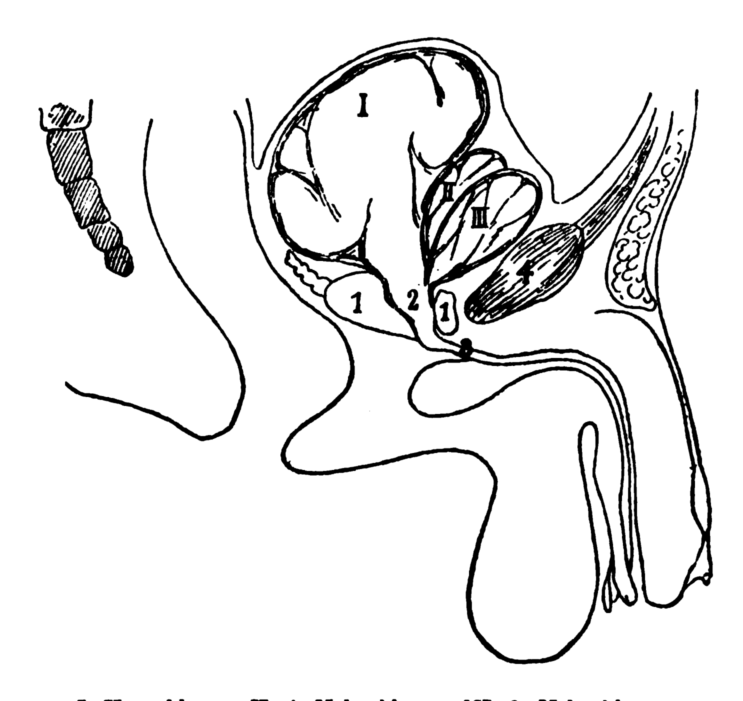
Ich stellte die Diagnose auf chronische Cystitis und behandelte ihn mit entsprechender Diät, Sitzbädern, Suppositorien, Urotropin und Salol innerlich, Instillationen mit 10%igen Protargollösungen, einige Male auch mit Argentum nitricum 2%. Mitte April war der Urin vollständig klar geworden und frei von Sediment. Die Beschwerden aber blieben in fast unvermindertem Maße bestehen: Trotz völlig normalen Urins alle 5 bis höchstens 10 Minuten heftiger, sehr schmerzhafter Harndrang, häufige Inkontinenz, bei Tag und Nacht keine Ruhe. Ich rieth daher dem Kranken, die Blase öffnen zu lassen, in der Vermuthung, dass vielleicht ein kleines Papillom am Blasenhalse die Ursache aller Beschwerden sei. Ich versuchte vorher eine cystoskopische Untersuchung. Indessen schon nachdem ich nur etwa 30 g Borsäurelösung in die Blase hatte einlaufen lassen, trat ein derartiger Harndrang auf, dass ich von einer weiteren Füllung, und demgemäß auch von der cystoskopischen Untersuchung Abstand nehmen musste. Am 2. Mai machte ich in der chirurgischen Heilanstalt der Herren Dr. Gerdes und Dr. Susewind unter Assistenz des Herrn Kollegen Susewind die Sectio alta. Nachdem der Kranke narkotisirt war, cystoskopirte ich nochmals. Die Blase füllte sich genügend und man sah eine größere Zahl eigenthümlicher flottirender Membranen. Ich

führte nunmehr einen gewöhnlichen Metallkatheter ein, füllte die Blase, die merkwürdigerweise jetzt nur eine mäßige Flüssigkeitsmenge aufnahm und suchte durch einen Längsschnitt in Beckenhochlagerung die Blase auf. Diese wölbte sich als ein etwa taubeneigroßer Tumor vor. Nach Eröffnung derselben kam man in einen gefächerten, ringsum vollständig abgeschlossenen, nach unten zu sich trichterförmig verschmälernden Sack. Mehrfach überzeugten sich ich und Kollege S. mit dem Finger davon, dass der Katheter von einem glatten Orificium internum eng umschlossen wurde. Die Wandung des Sacks war vollständig atrophisch, fast papierdünn, indessen waren deutlich Muskulatur und Schleimhaut zu unterscheiden. Wir fragten uns erstaunt, ob denn dieser Sack die Blase wäre, und ich glaubte in dieser kleinen, atrophischen Blase die Ursache der Inkontinenz, der Cystitis und aller anderen Beschwerden gefunden zu haben, konnte mir allerdings nicht erklären, warum die Blase bei der cystoskopischen Untersuchung die genügende Flüssigkeitsmenge gefasst, bei der Füllung zur Operation selbst aber nur eine so geringe Menge aufgenommen hatte. Ich zog daher den Katheter heraus und führte ihn, in der Vermuthung, dass eine Divertikel- oder Doppelblase vorliege, nochmals ein, mit der Absicht, in einen anderen Raum zu gelangen. Nun wiederholte sich dasselbe Schauspiel. Wieder mangelhafte Füllung, Vorwölbung eines zweiten Sacks genau in der Größe des ersten, bei dessen Eröffnung genau das gleiche Bild: kleiner, gefächerter atrophischer Hohlraum mit vollständig ausgebildetem, glatt abtastbarem, trichterförmigem Orif. intern. Ich führte nunmehr zum dritten Mal einen dickeren halbweichen Mercier-Katheter ein. Ich will dabei bemerken, dass die Einführung jedes Mal absolut unblutig verlief. Nunmehr kam der Katheter in einen dritten Raum, der unter den beiden anderen lag. Die Katheterspitze war durch die beiden anderen Hohlsäcke zu fühlen. und erst die Füllung dieses dritten Hohlraums gestattete das Einlaufen von ca. 300 g Flüssigkeit. Hier war ich also in der eigentlichen Blase, und es erschien mir auf Grund des Befundes fraglos, dass es sich bei dem Mann um 3 Blasen handelte, eine große und 2 kleine, von denen die beiden kleineren durch den Druck, den sie bei schon mäßiger Füllung der Hauptblase auf den Blasenhals derselben ausübten, die Ursache des so schnell auftretenden Harndrangs gewesen seien. Da ich nicht sicher war, ob nicht auch in eine der beiden kleinen Blasen ein Ureter mündete, beschränkte ich mich auf die breite Eröffnung der beiden vorderen Säcke, ließ die Hauptblase uneröffnet, in der Voraussetzung, dass die dünne atrophische Wand der beiden Vorblasen zusammenschrumpfen und damit das Hindernis, das sie bis dahin als Fremdkörper abgegeben, beseitigt sein würde. Der weitere Verlauf hat die Thatsache ergeben, dass die beiden Ureteren in der Hauptblase mündeten. Der Urin floss nur durch den in der Hauptblase liegenden Verweilkatheter, nicht durch den in die Bauchwunde eingelegten Drain ab. Die Heilung verlief durchaus günstig. Am 2. und am 7. Tage stieg die Temperatur als Folge einer leichten katarrhalischen Pneumonie auf 38,3 resp. 38,6, hielt sich sonst stets in fast normalen Grenzen. Schon am nächsten Morgen nach der Operation entfernte ich den Verweilkatheter, am 3. Tage den Drain. Der Urin, zunächst noch blutig, verlor am 2. Tage seine rothe Farbe, blieb zunächst noch wolkig getrübt. Die Schmerzen und der starke Harndrang verschwanden völlig. Die Harnmenge betrug durchschnittlich 1000—1200 g im Tage. Die Miktion ging meist jede $^3/_4$ bis 1 Stunde von statten. Pat. wurde am 15. Mai aus der Anstalt mit glatt verheilter Bauchwunde entlassen. Im Großen und Ganzen ist der Zustand bis zum 16. Juni (letzte Konsultation) so geblieben. Der Urin ist vollständig klar. Die Inkontinenz ist vollständig geschwunden, und wenn das Urinbedürfnis noch immer ein gesteigertes ist, so dürfte die Ursache in der Fächerung der Hauptblase selbst liegen. Eine zweite Operation, Eröffnung der Hauptblase und Entfernung der Membranen, dürfte ein normales Harnbedürfnis herbeiführen.

Eine Missbildung, wie sie hier vorliegt, ist überaus selten. In der Litteratur findet man nur sehr spärliche Mittheilungen über mehrfache Blasen bei einem Individuum. Blasius berichtet über einen Fall von Doppelblase. Nach Güterbock hat man sogar ein 5faches Vorkommen der Harnblase bei einem und dem-

selben Individuum beschrieben; er fügt indessen hinzu, dass es nicht immer klar sei, ob nicht in diesen Fällen nur eine Theilung des Blasenkörpers durch angeborene Scheidewandbildung vorgelegen. Ercolani beobachtete eine Doppelblase in Verbindung mit Offenbleiben des Urachus. Auch bei Frauen sind Doppelblasen im Zusammenhang mit Doppelbildung im Bereiche des ganzen Urogenitaltractus geschildert worden.

In meinem Falle kann man in der That von einer dreifachen Blase in Verbindung mit Scheidewänden in diesen Blasen selbst sprechen. Diese mehrfachen Blasen haben nichts zu thun mit sog. Blasentaschen, Ausbuchtungen sämmtlicher Häute der Blase, die besonders an der Seite der Blase vor dem Ureter, am Scheitel und an der hinteren Wand beobachtet wurden und durch ein Hindernis vor dem Orificium internum entstehen sollen, oder den sog. Blasenzellen, welche



I. Hauptblase. II. 1. Nebenblase. III. 2. Nebenblase.
1. Prostata. 2. Pars prostatica. 3. Pars membranacea. 4. Os pubis.

sich dadurch bilden, dass die Schleimhaut durch eine Lücke in der Muskulatur sich subperitoneal ausbuchtet.

Es handelt sich auch hier zweifellos um eine angeborene Missbildung, eine Annahme, welche auch durch den Schwachsinn des Mannes so wie durch die in der Familie beobachteten Geisteskrankheiten eine Stütze findet. Dass die Beschwerden, die diese angeborene Anomalie verursachten, so spät aufgetreten sind, erklärt sich dadurch, dass erst die Entwicklungsjahre, die bei diesem Mann sich später, als es gewöhnlich der Fall ist, geltend gemacht haben dürften, ein stärkeres Wachsthum der Nebenblasen hervorgerufen haben. Funktionirt haben die Nebenblasen jedenfalls nicht, da die Ureteren nicht in ihnen mündeten. Sie werden wohl bei der Füllung der Hauptblase geringe Mengen von Urin aufgenommen haben und bildeten lediglich ein Hindernis, das, als Fremdkörper auf den Blasenhals drückend, schon bei mäßiger Füllung der Hauptblase den Harndrang auslöste. Diese Nebenblasen als angeborene Divertikelbildung anzusprechen, dürfte wohl

nicht angängig sein. Diese können zwar sehr voluminös sein, aber sie gehen nicht vom Blasenhals aus, sondern von irgend einer Stelle der Blasenwand, sie haben auch nicht diese ausgebildete Form der Blase mit engem glatten Hals. Auch die angeborenen Formen von Cysten stellen sich in anderer Weise dar. Sie liegen als Reste des Wolff'schen Körpers oder der Müller'schen Gänge an der Hinterwand der Blase. Dass es sich um Blasen handelt, dafür spricht auch ihr durchaus mit der Hauptblase identischer Bau und die in allen dreien ähnliche Fächerung.

Will man entwicklungsgeschichtlich diese mehrfachen Blasen erklären, so liegt die Annahme am nächsten, dass sich die aus der unteren Wand des Hinterdarms entstehenden zwei Zapfen der Allantois, aus der sich die Blase entwickelt, wieder mehrfach getheilt haben.

---

8) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

101. Sitzung, Montag, den 8. Mai 1899, im städtischen Krankenhaus Friedrichshain.

Vorsitzender: Herr Hahn.

Vor der Tagesordnung stellt Herr Hahn, anknüpfend an die in der letzten Sitzung vorgetragenen Fälle von Leberverletzungen, 2 Pat. vor, welche von schweren Leberverletzungen genesen sind.

Der 1. Pat., ein 17jähriger Mann, fuhr auf einer Radtour gegen einen Baum, verlor das Bewusstsein und wurde mittels Wagens von einem mehrere Meilen weit von Berlin gelegenen Ort dem Krankenhaus zugeführt. 5 Stunden nach der Verletzung wurde der pulslose, blass-anämische Pat., welcher Dämpfung zu beiden Seiten des Leibes und die Zeichen schwerer innerer Blutung zeigte, laparotomirt, 2 Liter Blut entleert; ein 8 cm langer Riss an der Konvexität der Leber konnte erst nach Durchtrennung des Lig. suspensorium mit 5 Katgutnähten vernäht werden. Naht der Bauchwunde über einem Tampon.

Der andere Pat. war direkt durch einen Schuss verletzt worden; das Geschoss hatte folgenden Weg genommen: durch den linken Leberlappen oberhalb der kleinen Curvatur des Magens, durch das kleine Netz in die Bursa omentalis, hatte Mesocolon transversum und Pankreas verletzt und anscheinend auch die linke Niere. Das über dem Darmbeinkamm sitzende Geschoss wurde durch Incision entfernt.

Nach der Laparotomie wurden 6 Gazestreifen auf die verschiedenen Schusswunden gelegt und nach außen geleitet, die Wunde darüber genäht.

Heilung nach 6 Wochen.

Es sind in der Litteratur 46 Fälle von Leberverletzung beschrieben, davon 14 Todesfälle; die Hauptgefahr liegt in der Blutung, die am vortheilhaftesten durch Nähte durch die Lebersubstanz hindurch gestillt wird.

Herr Israël beobachtete eine Verletzung der Leber durch einen Messerstich — die Hautwunde war auf einer Sanitätswache durch eine Naht geschlossen worden. I. öffnete die Wunde, resecirte die 10. und 11. Rippe, fand außerdem die Pleura voll Blut und das Zwerchfell verletzt.

Herr Langenbuch war im Stande, bei einem Pat., der 3 Stock hoch heruntergestürzt war und Zeichen innerer Blutung darbot, nach Eröffnung der Leibeshöhle die Blutung aus einem Riss der Leber durch Jodoformgazetamponade zwischen Leber und Zwerchfell zu stillen.

Ein hierauf von Herrn Hahn vorgestellter Pat. war von ihm wiederholt trepanirt worden. Einmal wegen Blutung aus der Art. mening. und das andere Mal wegen Epilepsie. Er war mit einer nur kleinen Wunde am Hinterkopf bewusstlos und anscheinend betrunken eingeliefert worden. Es stellten sich bald dazu noch ein: Krämpfe im rechten Bein und Arm, Konvulsionen und Aussetzen des Pulses.

Bei der 1. Trepanation am linken Os parietale fand H. eine extradurale und intradurale Blutung, das Gehirn pulslos. H. entfernte das extradurale Blut-

gerinnsel und nach Spaltung der Dura das intradurale Blut. Vorerst Besserung des Zustandes, dann bald Entwicklung epileptischer Anfälle, Kopfschmerzen, ungleiche Pupillen.

1 Jahr nach der 1. Operation nochmalige Trepanation in der linken motorischen Region. Aufklappen des Haut-Knochenlappens, Auffinden einer walnussgroßen Cyste. Die Krampfanfälle kehren jedoch bald wieder zurück, bis H. nunmehr von dem ursprünglichen Haut-Knochenlappen den Knochen entfernte und die Wunde resp. das Gehirn nur mit Haut (einem Weichtheillappen) bedeckte. Erst damit erzielte er eine andauernde Besserung des Zustandes.

Herr Hahn: Über Chylothorax.

Chylothorax kommt zu Stande durch Zerreißung des Ductus thoracicus oder seiner Gefäße mit Verletzung der Pleura costalis, durch Thrombose der Vena subclavia, Kompression oder direkte Erkrankung des Ductus thoracicus, durch Carcinom, Tuberkulose, Syphilis, Filaria sanguinis.

Von 21 Fällen, bedingt durch Neubildungen, mit Carcinom, sind 17 gestorben.

Verletzungen des Ductus thoracicus gehören zu den größten Seltenheiten. Es sind nur wenig Fälle publicirt; von den 9 bekannten Fällen sind 5 geheilt, die übrigen gestorben.

Eine Zerreißung des Ductus thoracicus kann bei seiner geschützten Lage nur als Begleiterscheinung schwerer Verletzungen der Umgebung stattfinden, so bei Rippenbrüchen (7.—9. Rippe) und Wirbelverletzung (9. u. 10. Brustwirbel); diese sind aber in der Regel so schwer, dass der Tod oft in Folge der letzteren erfolgen wird, bevor es zur Entwicklung eines Chylothorax kommen kann.

Ein von H. beobachteter Fall war folgender:

Bei einem 34jährigen Mann, der von den beiden seitlichen Rädern seines Wagens über den Bauch und die Brust gefahren worden war, fand sich in der rechten Brustseite eine handbreite Dämpfung, bei der Probepunktion eine rosarothe Flüssigkeit. Da Dämpfung und Exsudat sich vergrößerten, musste wiederholt punktirt werden; und zwar wurden allmählich im Ganzen 20500 g Chylusflüssigkeit entleert. Am 42. Tage starb Pat.

Es fand sich bei der Sektion eine Fraktur der linken 8. und 9. Rippe, ferner des 10. Brustwirbels und nach mühsamem Suchen ein Riss des Ductus thoracicus an der Frakturstelle des Wirbels, kommunicirend mit einer Cyste von Dattelgröße, welche auch mit der Pleurahöhle in Zusammenhang stand.

H. ist der Meinung, dass es sich bei den Fällen, die nach einer Probepunktion, ein anderes Mal nach 2maliger Punktion, einmal nach Resektion einer Rippe oder dergleichen als geheilt in der Litteratur erwähnt werden, nicht um die Zerreißung des Ductus thoracicus, sondern um die eines seiner Äste gehandelt habe.

Herr Neumann: Über die im Friedrichshain von 1880 bis jetzt beobachteten Pfählungen.

Diese Art Verletzungen sind nicht häufig, — auf 16000 im Krankenhaus Friedrichshain behandelte klinische Fälle kommen nur 20, in einem Zeitraum von 18 Jahren.

Der feste Hirnschädel bietet in Folge seiner kugeligen Form und der derben Knochen Fremdkörpern einen erhöhten Widerstand, nicht so das Gesichtsskelett.

Vier interessante Fälle dieser Art wurden beobachtet:

Einem Arbeiter drang ein Holzsplitter (Theil eines Fahrstuhls) von 30 cm Länge und 0,5 cm Dicke durch den rechten Augapfel in die Orbita, spaltete sich dort, ein Theil keilte sich in der Fissura orbitalis fest, der andere durchbohrte die Highmorshöhle, kam in der Mundhöhle zum Vorschein, durchdrang den Mundboden und endete in der rechten seitlichen Halsseite in der Nähe des Zungenbeins.

Es war die Enukleation des Bulbus erforderlich, aber trotz der Schwere der Verletzung kam es weder zu einer Vereiterung der Orbita, noch der Highmorshöhle.

Nur klagt Pat. jetzt, $1^1/_2$ Jahr später, über reißende Schmerzen im Gebiet des N. infraorbitalis.

Einem anderen Pat., Lokomotivheizer, war der lange Schnabel einer Ölkanne oberhalb des Augapfels, längs des Orbitaldaches, tief in die Fissura orbitalis superior eingedrungen und dort stecken geblieben. Es entwickelte sich eine schwere orbitale Phlegmone mit meningitischen Erscheinungen, die indess nach tiefer Spaltung und Drainage ohne Schädigung des gefährdeten Auges zurückging resp. ausheilte.

Ein anderer Pat. spießte sich einen Malerpinsel, den er in der Hand hielt, in der Gegend des rechten Eckzahns durch den Alveolarfortsatz hindurch in die Highmorshöhle und den Boden der Orbita.

Als »Trompetenverletzung« bezeichnet der Vortr. eine Verletzung, die ein 13-jähriger Knabe dadurch erlitt, dass ihm eine Blechpfeife von einem anderen Knaben in den Mund gestoßen und der weiche Gaumen vom harten abgetrennt wurde. Naht, primäre Heilung.

Von größerem Interesse sind die Pfählungsverletzungen des Rumpfs, von denen seitens des Vortr. nur Verletzungen der Bauchhöhle und ihrer Wandungen beobachtet wurden. Zweckmäßig werden diese Verletzungen von zweierlei Gesichtspunkten aus beobachtet: erstens nach dem Ort der Bauchwandung, gegen welchen der Angriff erfolgt, zweitens nach der Art der Ausdehnung der Verletzung. Ferner ist es zweckmäßig, zu unterscheiden die Verletzungen der vorderen und seitlichen Bauchwandungen, zwischen Beckenring und unterer Thoraxapertur zu beiden Seiten der Wirbelsäule, von denjenigen, die in den Bereich des Beckenrings fallen.

Nach der Ausdehnung unterscheidet N.:

1) nicht penetrirende Verletzungen,

2) penetrirende Verletzungen (meist mit Vorfall von Eingeweiden),

3) penetrirende Verletzungen mit Verletzung von Eingeweiden.

Ob die eine oder andere Verletzung resultirt, hängt nun wieder von der Beschaffenheit des verletzenden Körpers, der Intensität und Richtung des Angriffs desselben und der Beschaffenheit der angegriffenen Partie der Bauchwandung im Moment des Angriffs ab.

Relativ selten führen die Pfählungen von unten her zu einer Eröffnung der Bauchhöhle; der Beckenring bildet zusammen mit den voluminösen, denselben bedeckenden Weichtheilen einen natürlichen Schutz der Bauchhöhle und der Eingeweide.

Dies illustriren u. A. folgende Fälle:

Ein 3jähriger Knabe fiel auf das stumpfe Ende eines im Fußboden steckenden Federhalters. Derselbe durchsetzte die rechte Scrotalhälfte, glitt entlang dem horizontalen Schambeinast in den Winkel medial von der Spina ilei ant. sup. unter das Poupart'sche Band.

Einen ähnlichen Weg nahm ein vertikal in der Erde steckender Blumenstock, der einem 6jährigen Knaben durch das Scrotum eindrang; ferner ein Stock, mit dem ein 10jähriger Knabe sich verletzte. Der Stock drang durch den Hodensack am Schambeinast, der Bauchseite entlang bis zum Rippenbogen vor, woselbst ein 2markstückgroßes Stück Hosenstoff und Scrotalhaut entfernt wurden.

Zu diesen Fällen gehört auch die Verletzung eines Schlossers durch das Horn eines Stiers, das unter Zerreißung des Scrotums und der Harnröhre bis zum Mons veneris vordrang; dann die eines Dienstmädchens, das aus einer Höhe von 2 Stockwerken auf ein eisernes Gitter auffiel und zwischen zwei durch die Wucht des Falles sich aus einander biegenden Spitzen eingeklemmt wurde. Pat. erkrankte bald nach der Einlieferung an pyämischen Erscheinungen und ging innerhalb 5 Wochen zu Grunde.

Eröffnet wurde das Cavum ischio-rectale vom Damm her bei einem 24jährigen Zimmermann, der sich auf eine Leiter aufspießte, bei einem 44jährigen Glasmacher, der aus einem Kahn auf einen von Wasser bedeckten Pfahl aufsprang und bei einem 28jährigen Molkereibesitzer, der beim Abspringen vom Wagen auf eine aufrecht stehende Forke zu sitzen kam.

Es erfolgte bei diesen allen Heilung.

Fernerhin wurde eine Pfählung durch das Foramen ischiadicum minus mit Verletzung eines Hauptastes der Art. hypogastrica — ohne Anzeichen einer Verletzung der Bauchhöhle — beobachtet.

Kommt es zur Perforation der Bauchdecken, so werden die parenchymatösen Organe, wie Leber, Milz, Niere, Gekröse, Netz und seine Gefäße Quetschungen leichterer Art bis ausgedehnte Zerreißungen erleiden müssen.

Der Darm wird im Wesentlichen in viererlei Weise verletzt werden.

Er wird an Ort und Stelle, an welcher er von dem verletzenden Körper getroffen wird, durchschlagen oder so stark gequetscht, dass er nekrotisch wird und nachträglich perforirt.

Oder: er wird entfernt von der getroffenen Stelle zum Platzen gebracht.

Hauptsächlich aber wird er an der der verletzten Stelle gegenüber liegenden Bauchwand, insonderheit an der Wirbelsäule oder der Beckenwand angedrückt und daselbst durchgequetscht, oder aber von dem pfählenden Fremdkörper mitgenommen und in seiner Kontinuität entweder durchgerissen oder von seinen Befestigungsbändern gelöst.

Die Verhältnisse konnten an mehreren im Krankenhaus Friedrichshain behandelten Pat. beobachtet werden.

So konnte bei einem schwerverletzten, kollabirten Arbeiter, welcher von einer Leiter herab auf einen Gartenstuhl, anscheinend mit dem Bauch, aufgefallen war, bei der Laparotomie konstatirt werden, dass die Stuhllehne unter der Wucht des auffallenden Körpers zusammengebrochen sein musste, dass eine Seitenstange durch den After und die linke Seitenwand des Mastdarms eingedrungen, weiterhin eine Dünndarmschlinge gefasst und durchrissen, schließlich die linke vordere Bauchwand von innen her durchbohrt, aber an der Bauchhaut einen Halt gefunden hatte.

Ein besonderes Interesse bietet auch der zuletzt vorgestellte Pat.

Er hatte sich, »weil ihn die Hämorrhoiden juckten«, den Holzstiel eines Klosettpinsels in den Mastdarm eingeführt; sofort waren Schmerzen und Blutungen aus demselben aufgetreten.

28 Stunden nach der Verletzung kommt er mit den Anzeichen einer schweren Peritonitis ins Krankenhaus. Bei der Untersuchung wird an der vorderen Mastdarmwand unterhalb des Sphincter tertius eine Perforationsöffnung, in der Bauchhöhle geblähte Darmschlingen gefunden. Bei der Laparotomie zeigt sich die Bauchhöhle erfüllt von jauchiger Flüssigkeit, Därme gebläht, durch fibrinöse Beläge verklebt. An der rechten hinteren Bauchwand findet sich (in Beckenhochlagerung) ein tunnelartiger Wundkanal unter dem Mesenterium des Coecum, retroperitoneal bis zur rechten Niere verlaufend. N. schnitt von außen in der Lendengegend auf den Kanal ein, und führte Gazestreifen von hier aus ein, eben so durch die Laparotomie- und die Mastdarmwunde.

Die Sekretion längs der Drains war eine enorme, der Heilungsverlauf durch Sekretverhaltung oft gestört, der letzte Streifen wurde 4 Wochen nach der Operation entfernt.

Hierauf zeigt Herr Körte das Präparat einer Pankreasnekrose, das bei der Sektion eines 62jährigen Pat. zufällig gefunden worden war.

Herr Sörensen: Strikturirende Darmcarcinome.

Bericht über 7 Fälle aus der Privatklinik von E. Hahn (Berlin), bei denen wegen Darmverschlusses in Folge von carcinomatöser Striktur die Laparotomie gemacht wurde. 5 Fälle waren Dickdarmcarcinome, 2 Dünndarmcarcinome. Bei einem der letzteren bestanden multiple Strikturen. Nur in 2 Fällen konnte durch quere Resektion der erkrankten Darmpartien die Geschwulst entfernt werden. In den übrigen musste man wegen unlösbarer Verwachsungen oder wegen Übergreifens des Carcinoms auf das Peritoneum parietale auf die Radikaloperation verzichten. In diesen Fällen wurde als Palliativoperation die seitliche Enteroanastomose gemacht. Zur Vereinigung der quer getrennten Darmenden und zur Herstellung der Anastomosen benutzte man mit Ausnahme eines Falles den

Murphyknopf. Derselbe hat sich dabei vorzüglich bewährt, vorzeitige Lösung des Knopfes oder Nekrose der Darmwand sind nicht vorgekommen. Der Hauptvortheil bei der Anwendung des Knopfes besteht darin, dass die Passage für den Darminhalt sofort frei wird, und dass man gleich nach Beendigung der Operation den überfüllten Darm entleeren kann.

Die Operationsresultate waren gut. Nur ein Kranker, ein 66jähriger Mann, der durch lange Dauer der Darmobstruktion äußerst erschöpft war, ist gestorben.

Herr Hartmann: Krankenvorstellung.

Bei einem Pat. mit einer apfelgroßen Geschwulst in der Ileocoecalgegend musste wegen Ileuserscheinungen die Kolotomie gemacht werden.

4 Wochen später wurde die Geschwulst resecirt, die Colonenden durch Murphyknopf vereinigt.

Schon nach 3 Tagen folgte Stuhlgang.

Ein 56jähriger Pat. mit einer in Heilung begriffenen Basisfraktur bietet plötzlich die Zeichen eines Ileus.

Bei der Operation findet sich eine durch einen bleistiftdicken Strang abgeschnürte Darmschlinge, 6 cm weit gangränös. Resektion, Vereinigung der Darmenden durch einen Murphyknopf.

Hierzu macht Herr Hahn die Bemerkung, dass bei diesem Pat. die Einklemmung in ruhiger Lage im Bett entstanden sei.

Bei einem anderen Pat. fand sich innerhalb einer durch Verwachsungen zwischen Blinddarm, Wurmfortsatz, Dünndarmschlingen gebildeten Geschwulst ein perityphlitischer Abscess, in einer Dünndarmschlinge eine Perforationsöffnung. Da nach Entwirren des Knäuels der Dünndarm nicht gestreckt werden konnte, musste ein 5 cm langes Stück resecirt werden. Bei einem 21jährigen, wegen Perityphlitis operirten Pat. musste am nachfolgenden Tage wegen ileusartiger Erscheinungen die Kolotomie gemacht werden.

Herr Hahn: Über Pneumatosis cystoides intestinorum mit Vorstellung eines durch Operation geheilten Falles.

Von dieser äußerst seltenen Erkrankung beim Menschen sind überhaupt erst 2 Fälle beschrieben worden. Der 1. Fall wurde von Meyer 1825 beim Schwein beobachtet und mit dem oben genannten Namen bezeichnet.

H. berichtet über seinen Fall Folgendes:

Der 35jährige, mit Viehtränken beschäftigte Pat. ist seit 2 Jahren magenleidend, hat phthisischen Habitus, nicht weichen wollende Stuhlverstopfung und Mastdarmvorfall. Durch die Bauchdecken hindurch fühlt man, besonders rechts, weiche Geschwülste.

Bei der Laparotomie zeigen sich in großer Ausdehnung die Darmschlingen mit Blasen von Erbsen- bis Haselnussgröße völlig besetzt, wie Trauben am Darm hängend; Magen zwischen Colon descendens und Bauchwand verlagert. H. zerdrückte die Blasen, welche mit lautem Knall platzten. Das ausströmende Gas brannte nicht. Die Bauchwunde wurde durch die Naht geschlossen, aber die Wunde heilte nicht per primam, sondern es ergossen sich immerfort aus derselben schleimige Massen.

Auffällig ist, dass es sich in den 2 in der Litteratur beschriebenen Fällen um Cirkulationsstörungen handelte, in dem von Bang in Kopenhagen beschriebenen Falle um Achsendrehung des S romanum bei einer 56 Jahre alten Frau, welche nach 3 Tagen starb, und in dem von Klebs publicirten Falle um schwere Herzerkrankung.

Von Zweifel und v. Winckel werden ähnliche Erkrankungen an der Scheide und Blase beschrieben.

In verschiedener Weise ist die Entstehung dieser Blasen gedeutet worden; so sollen sie aus Blutergüssen aus Drüsen oder Follikeln hervorgegangen sein, oder durch Eindringen von Luft in dieselben entstehen (Chiari), oder es soll durch Endothelien Luft erzeugt werden.

Klebs und Eisenlohr schreiben ihre Entstehung der Einwirkung von anaëroben Bakterien zu.

Der Zustand des Pat. hat sich zwar erheblich gebessert, es ist aber fraglich, ob bereits alle Blasen verschwunden sind. Es ist jedoch zu erwarten, dass vollkommene Genesung eintreten wird, da die Besserung konstant vorgeschritten ist.

In der Diskussion erwähnen Herr Langenbuch und Herr Körte, dass sie einmal bei einer Sektion einen Befund erhoben, bei dem es sich vielleicht um eine analoge Erkrankung gehandelt habe.

Herr Hansemann hat von excidirten Stücken mikroskopische Präparate gemacht, Epithelien aber nicht finden können, schließt also eine cystoide Neubildung aus. Er neigt mehr der Ansicht zu, dass gasbildende Bakterien die Ursache seien.

Zum Schluss fügt Herr Hahn noch hinzu, dass in dem Gas sich nach der Untersuchung von Bischoff 14 Theile Sauerstoff, 86 Theile Stickstoff fanden, und bei allen beobachteten Fällen, auch bei dem Blasen- und Scheidenemphysem, übereinstimmend eine Cirkulationsstörung, sei es nun in Folge von Gravidität oder Erkrankung von Niere, Herz, Darm vorlag. **Sarfert** (Berlin).

---

9) **V. Subbotić.** Lebernaht nach Verletzung.

(Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 1898. No. 12. [Serbisch.])

Im Belgrader Ärzteverein stellt S. 2 operirte und geheilte Leberverletzungen vor:

1) Ein 34jähriger Kutscher bekam in einem Raufhandel Verletzungen mit einem Messer und wurde sofort ins Krankenhaus gebracht. Freier Erguss in die Bauchhöhle, unter dem rechten Rippenbogen eine sagittale Wunde, durch die der Finger in die Bauchhöhle gelangt. Die Wunde wurde erweitert und eine 1 cm lange Wunde des linken Leberlappens gefunden, welche vernäht wurde. In der linken Axillarlinie, 2 Finger oberhalb des Rippenbogens, eine 2. vertikale Wunde, aus der viel Blut fließt. Der in diese eingeführte Finger gelangt in die Brusthöhle und findet eine Öffnung des Zwerchfells, durch die er in die Bauchhöhle kommt. Die Rippe wird resecirt, durch die Pleurahöhle die Zwerchfellwunde genäht, nachdem ein Stück Omentum und ein faustgroßer Magenprolaps reponirt worden ist.

2) S. erwähnt, dass Pat. auf einen Pfahl aufgefallen ist, dass ihm die Leberverletzung genäht worden ist, bringt aber nach dem Sitzungsprotokoll keine Krankengeschichte. **v. Čačković** (Agram).

10) **D. Giordano** (Venedig). Beitrag zur Chirurgie der Leber und Gallenwege.

(Festschrift zum 30jährigen Doktorjubiläum von Prof. Novaro.) Cagliari-Sassari, 1898.

Eingehender Bericht über 32 selbstbeobachtete, zum Theil recht interessante Fälle von Leberchirurgie. Zunächst 17 Fälle von Leberabscess, sämmtlich operirt; von diesen heilten 7 = 41%. Dies Verhältnis ist in so fern nicht besonders ungünstig, als Verf. für den sich selbst überlassenen Leberabscess eine Mortalität von 80—90% berechnet. Die 10 Todesfälle sind zum größten Theil durch Collaps, Bronchopneumonie oder uneröffnet gebliebene Abscesse bedingt; ein Pat. starb an Pleuritis, ein anderer mehrere Wochen nach der Operation an einem Herzfehler. Die bakteriologische Untersuchung der 17 Fälle erwies den Eiter 7mal als »steril«, in 4 Fällen wurde er nicht untersucht, in den übrigen 6 Fällen fanden sich verschiedenartige Kokken uud Bacillen (nur 1mal Staphylococcus albus). Jedenfalls lässt sich aus dem Zustand des Abscesseiters (steril oder nicht) keine Prognose in Bezug auf den Verlauf stellen. Interessant sind die klinisch ätiologischen Verhältnisse: unter den 17 Fällen waren 16 Männer und nur 1 Frau. In fast allen Fällen waren Darmerscheinungen (Enteritis, Diarrhöe, Verstopfung, Dysenterie, 1mal Epityphlitis) vorausgegangen; seltener sind Magenaffektionen in der Anamnese. Der jüngste Kranke war 26, der älteste 68 Jahre alt. Verf. weist ferner auf die Schwierigkeiten der Diagnose hin: das Fieber kann beim Leberabscess völlig fehlen, die Schmerzhaftigkeit ist wechselnd; daher die Diagnose bisweilen nur per exclu-

sionem zu stellen. Bezüglich der Probepunktion räth Verf. zur Vorsicht; es ist nach seiner Meinung besser, dieselbe an der freigelegten Leberoberfläche vorzunehmen, als durch die Bauchwände hindurch (Gefahr der Blutung, des Eiteraustritts!). Zur operativen Freilegung der Leber dient ein kostaler oder kosto-diaphragmaler Lappen; der Abscess wird nach der Incision stets durch Gaze drainirt.

Im Anschluss an die Leberabscesse erwähnt Verf. einen Fall von akuter Hepatitis, wo der Verdacht auf Abscess bestand: nach Freilegung der Leber wurden etwa 20 Punktionen gemacht; stets entleerte sich Blut; Gazetamponade; Heilung.

Weiterhin folgen 3 Fälle von »Angiocholitis«; einmal handelte es sich um akute Cholecystitis; Spaltung der Gallenblase, Entleerung von schleimig-galliger Flüssigkeit (in derselben Bacterium coli und Staphylococcus albus). Gallenblase an die Haut genäht: Cholecystostomie; Heilung mit Fistel. 2. Fall: Kompression des Choledochus durch Pankreasverhärtung (Tuberkulose?); Cholecysto-Gastrostomie; Tod. Endlich noch ein Fall von »Pericystitis« (schmerzhafte Adhärenzen der Gallenblase ohne Stein!), Lösung der Adhäsionen (Cholecystolyse): Heilung. Außerdem bestanden in diesem Falle noch Menorrhagien, die nach der Operation ebenfalls schwanden, so wie rechtsseitige Wanderniere.

Von Gallensteinen werden 3 Fälle mitgetheilt; in dem 1. Falle wurde die Cholecystektomie vorgenommen, im 2. die »ideale Cholecystotomie«, im 3. die Cholecystektomie plus Cystikostomie. Alle 3 kamen zur Heilung. Bemerkenswerth ist, dass 2mal infektiöse Krankheiten (Variola und Typhus) vorausgingen, die möglicherweise mit dem späteren Auftreten von Gallensteinen in Zusammenhang standen. Verf. hält die operative Behandlung der Cholelithiasis für angezeigt, sobald die Kolikanfälle sich hartnäckig wiederholen, der Allgemeinzustand erheblich darunter leidet, und wenn Infektion der Gallenwege hinzutritt.

Es folgen 2 Fälle von »Peritonitis biliaris«: In dem 1. war der Zusammenhang mit Gallenstein nachgewiesen; im Anschluss an Gallensteinkoliken traten peritonitische Erscheinungen auf: Laparotomie (aus dem Exsudat wurde Streptococcus pyogenes isolirt), Extraktion der Gallensteine, Cholecysto-Duodenostomie, Tod am 18. Tage nach der Operation (Collaps). Der 2. Fall ging wahrscheinlich ebenfalls von Gallensteinen aus, obwohl solche bei der Operation nicht gefunden wurden. Auch hier wurde Laparotomie gemacht, Entleerung des Exsudats, Gazedrainage, Tod im Collaps. Endlich noch 3 Fälle von Echinococcus der Leber, die in verschiedener Weise operativ behandelt und geheilt wurden. In dem 1. Falle fand sich ein großer Tumor an der Unterfläche der Leber, der die verschiedenen Organe (Darm, Magen, Pankreas, Gallenblase) unter einander verlöthet hatte. Es wurde eine Kommunikation hergestellt zwischen der Gallenblase und der ersten freien Darmschlinge: Cholecysto-Enterostomie, worauf sich die Echinococcusblasen durch den Darm entleerten, und Heilung eintrat. In einem 2. Falle war die Cyste vereitert; sie wurde gespalten, worauf sich der Eiter entleerte, und der Kranke genas. Im 3. Falle wurde ebenfalls die Laparotomie vorgenommen: Incision der Cyste, Ausräumung des Inhalts, Resektion der freien Ränder, Verschluss des Trichters, Fixation desselben an das Peritoneum parietale; Heilung. (Tod nach 6 Monaten an einer neuen Echinococcusblase, welche in die Bronchien perforirt war.)

Zum Schluss berichtet Verf. noch über einige Fälle von Lebertumoren, die jedoch nicht operirt wurden; 2mal wurde die Probelaparotomie gemacht; darunter in einem Falle von Myxosarkom, wo das gleichzeitig bestehende Fieber den Verdacht auf Abscess erweckt hatte. Abgesehen von den 2 Probelaparotomien sind es also 29 Operationen, davon 16 Heilungen. Am meisten geeignet für die Operation sind Steine in der Gallenblase, so wie monolokuläre Echinokokken.

H. Bartsch (Heidelberg).

11) W. Petersen. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Gallensteinkrankheit.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 3.)

Anknüpfend an die denselben Gegenstand behandelnden Arbeiten von Klingel, Mehrmann und Heddaeus, berichtet P. über die von 1894—1898 in der Czerny-

schen Klinik ausgeführten Operationen bei Erkrankung, insbesondere Steinbildung im Bereich der Gallenwege. Dieselben umfassen 42 Cholecystostomien, 4 Cystikotomien, 1 Cholecystektomie, 11 Choledochotomien, 5 Anastomosenbildungen zwischen Gallenwegen und Darm, 5 Laparotomien bei reiner Cholecystitis resp. Adhäsionen, endlich 17 Operationen bei Carcinom der Gallenwege.

Bei Gallenblasenstein hat sich als Normalverfahren die einzeitige Cholecystostomie eingebürgert, die Endyse wurde ganz verlassen, die Ektomie nur bei starker pathologischer Veränderung der Gallenblase, vor Allem bei Verdacht auf maligne Degeneration, ausgeführt. Cysticussteine wurden möglichst durch Druck in die Blase befördert, bei Steinen im Choledochus bildete die Choledochotomie die Methode der Wahl, nur aus besonderen Gründen fand die Cholecystenterostomie statt. Von 131 Fällen (die früher publicirten mit eingerechnet) starben 8 = 5,1%; auf die seit August 1895 ausgeführten 68 Operationen fallen dagegen nur 3% Todesfälle; ein echtes Recidiv kam nur 1mal zu Stande. Dagegen wurden anderweitige Störungen nach der Operation verschiedentlich konstatirt, so Bauchhernien in ca. 15% der Fälle, 3mal Beschwerden, die auf Adhäsionsbildung zu beziehen waren, 9mal Gallenfisteln. Letztere blieben indessen aus, seitdem zum Schluss der Cholecystostomie die Gallenblasenwunde über einem Drainrohr vernäht und dann erst in der Bauchwand fixirt wurde.

Bezüglich der Indikationen giebt P. folgende Aufstellung:

I. Absolute Indikationen:

1) Akute Cholecystitis; Empyem mit drohender Peritonitis etc.;
2) chronische Cholecystitis; Hydrops der Gallenblase;
3) chronische recidivirende Cholelithiasis mit starken Beschwerden;
4) chronischer Obstruktionsikterus, längere Zeit unverändert bestehend.

II. Relative Indikationen:

1) Chronische recidivirende Cholelithiasis mit mäßigen Beschwerden;
2) Obstruktionsikterus im Beginn.

Als relative Kontraindikationen werden sehr intensiver Ikterus, dessen Abnahme wahrscheinlich ist, so wie Cholangoitis mit starker Leberschwellung, Fieber etc. bezeichnet. **Honsell** (Tübingen).

12) **C. A. Ljunggren.** Om cholelithiasis och dess behandling.

(Hygiea Bd. LXI. Hft. 1.)

Gestützt auf 12 Operationen, welche Verf. wegen verschiedener schwerer, durch Gallensteine hervorgerufener Krankheitsformen gemacht hat, liefert L. eine übersichtliche Darstellung alles Wissenswerthen in der modernen Pathologie, Symptomatologie und Behandlung der Gallensteinkrankheiten. Die Erfahrungen seiner Praxis haben ihm gelehrt, dass sowohl die akute als die chronische Cholecystitis viel häufiger sind, als man bisher geglaubt hat. Seine Zahlen führen ihn zur Annahme, dass die Procentangaben Riedel's und Naunyn's auch für seine Gegend (Trelleborg) verwendbar sind. Die verschiedenen Methoden der Gallensteinoperationen will L. zu einer einzigen Normaloperation, die für alle Fälle passe, reducirt wissen. Die fleißige und sehr interessante Arbeit ist eine entschiedene Bereicherung der Litteratur über eins der interessantesten Kapitel der modernen Bauchchirurgie. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

13) **Ryska.** Ein klinischer Beitrag zur Kenntnis der Cholecystitis und Cholangitis typhosa. (Aus der medic. Klinik zu Prag.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 23.)

In den letzten Jahren wurden in der Prager internen Klinik 3 Fälle von Entzündung der Gallenwege bei Typhus abdominalis beobachtet. Bei dem ersten trat bereits in der 2. Woche der Erkrankung eine ohne operativen Eingriff diagnosticirte Cholecystitis ein, welche spontan ausheilte, ohne dass es zu weiteren Komplikationen derselben gekommen wäre. In den beiden anderen, gleichfalls geheilten Fällen waren vornehmlich die intrahepatischen Gallenwege an dem Entzündungs-



process betheiligt, während die Gallenblase nur wenig ergriffen zu sein schien. Die Erscheinungen traten nach Ablauf des Typhus auf und hatten bei dem einen Pat. einen subakuten, nahezu chronischen, bei dem anderen einen akuten Verlauf und schwanden bei letzterem wieder binnen einer Woche. Bakteriologische Untersuchungen waren bei allen 3 Fällen nicht ausführbar. Indess dürfte es nach R.'s Darlegungen keinem Zweifel unterliegen, dass es sich nicht um einfache katarrhalische, sondern um wahrscheinlich auf hämatogenem Wege entstandene typhöse Processe gehandelt hat. **Kramer** (Glogau).

14) C. Camac (New York). Cholecystitis complicating typhoid fever.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. März.)

Verf. liefert einen neuen Beitrag zu der in Rede stehenden Komplikation, welcher in der amerikanischen Litteratur der letzten Jahre große Aufmerksamkeit geschenkt wurde (Osler, Hepatic complications in typhoid fever, und Mason, Gallbladder infections in typhoid fever). Es handelt sich um einen 24jährigen Farbigen, der in der 3. Woche des Typhus über Schwellung und Schmerzen im rechten Hypochondrium klagte. Eine daselbst befindliche Resistenz wurde punktirt; in der klaren, urinähnlichen Flüssigkeit fanden sich Typhusbacillen. Die im Anschluss daran unternommene Cholecystotomie überlebte der Kranke nur wenige Stunden.

Die Infektion der Gallenblase kommt nach C. auf dem Wege des Blutes zu Stande, nachdem durch katarrhalische Entzündung die Gallenwege verstopft sind und die gestaute Galle zu einem günstigen Nährboden geworden ist.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

15) Garrè. Über neuere Operationsmethoden des Echinococcus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 1.)

G. berichtet zunächst über 3 Fälle von Leberechinococcus, welche er nach Bobrow (aseptische Ausräumung der Cyste, Abschluss derselben durch fortlaufende Naht, Versenkung in die Bauchhöhle) operirt hat.

Im 1. Falle handelte es sich um eine kindskopfgroße Cyste des rechten Leberlappens, die mit einer faustgroßen Hydatide des linken Lappens kommunicirte; nach Entfernung der Mutterblase wurden die Ränder der Leberhöhle durch 2reihige Katgutnaht geschlossen, darüber die Bauchwunde vernäht. Der Wundverlauf war zunächst durch eitrige Bronchitis komplicirt; dann bildete sich in der Bauchwunde eine in den Cystensack führende Fistel, immerhin konnte Pat. nach 1 Monat nach Hause entlassen werden.

Im 2. Falle lag eine enorm große Cyste im linken Leberlappen; nach Entleerung derselben wurde ein Theil der freien Sackwand resecirt, der Rest vernäht und versenkt. Nach anfänglichen Temperatursteigerungen (Lungenaffektion) erfolgte glatte Heilung.

Im 3. Falle wurde eine mannsfaustgroße, mit Colon und Netz adhärente Lebercyste gefunden. Es gelang, einen Theil derselben aus der Leber auszuschälen und abzutrennen, die zurückbleibende Kuppe wurde durch Naht geschlossen und versenkt. Rasche, reaktionslose Heilung.

Nach diesen Erfahrungen können also selbst sehr große Echinokokkenhöhlen bei aseptischer Ausräumung primär verheilen. Das einzige Bedenken, welches G. erhebt, besteht darin, dass bei diesem Verfahren in schwer zugänglichen und mit Tochterblasen gefüllten Cysten Recidive eintreten könnten.

In einem weiteren Falle punktirte G. nach Baccelli eine im kleinen Becken verwachsene Cyste (per rectum) und injicirte Sublimatlösung; nach 1 Jahre konnte nichts mehr von dem Tumor nachgewiesen werden. Dieses von Langenbuch warm empfohlene Verfahren möchte G. indessen nur dann angewendet wissen, wenn, wie in seinem eigenen Falle, ein völliger Abschluss gegen das Peritoneum durch Verwachsungen gegeben ist. **Honsell** (Tübingen).

16) **F. Terrier.** De l'hystérectomie abdominale totale et partielle (supravaginale).

(Revue de chir. 1898. No. 12.)

T. berichtet im Anschluss an seine frühere Mittheilung von 19 Fällen totaler und 26 supravaginaler abdominaler Hysterektomie (s. Ref. 1898 p. 616) über 6 weitere Fälle der ersteren (2 †) und 24 der letzteren Operation (1 †) und schildert nochmals die Technik derselben, bei der die Bildung eines ante-uterinen Bauchfelllappens und die Überpflanzung desselben über die genähte Scheidenwunde das Wesentliche ist.

Kramer (Glogau).

17) **J. Schulz.** Die Retrodeviationen des Uterus und ihre operative Behandlung durch Verkürzung und Fixation der Ligg. rotunda.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 3.)

Im Anschluss an eine Besprechung der Ätiologie, des klinischen Bildes und der verschiedenen Behandlungsmethoden der Retrodeviationen des Uterus berichtet S. über 80 einschlägige Fälle, bei welchen Kümmell die Alexander-Adams-sche Operation, resp. (71 Fälle) die Kocher'sche Modifikation derselben vorgenommen hat. Während die 9 ersten, nach Alexander-Adams' Angabe in den Jahren 1885—1888 operirten, ein durchaus ungenügendes Resultat lieferten, indem $^2/_3$ derselben in der kürzesten Zeit recidivirten und zu ihren ursprünglichen Beschwerden den mannigfachen Insulten von der Operationsstelle ausgesetzt waren, hatte von den 71 nach der Kocher'schen Methode nur einer den Erwartungen, welche man von dem Eingriff erhofft hatte, nicht entsprochen; unter den 54 Pat., die einer späteren Kontrolle zugängig waren, sind nicht weniger als 53 geheilt, von ihren Beschwerden befreit und wieder arbeitsfähig geworden. Die Alexander-Adams'sche Operation galt als indicirt, wenn einerseits eine Pessar- oder Massagebehandlung sich als unausführbar erwies, andererseits der Uterus frei beweglich geblieben war. Bei gleichzeitig bestehendem Prolaps, Descensus uteri oder Dammdefekt wurde eine entsprechende, sorgfältig ausgeführte Scheiden- oder Dammplastik vorausgeschickt. Principiell wurde die Verkürzung und Fixation der Ligg. rotunda bei mobilen Retroflexionen vor anderen konkurrirenden Verfahren bevorzugt, da sie, wie S. ausführt, bei fast absoluter Gefahrlosigkeit und größter Garantie des Dauererfolgs einen der physiologischen Lage nahekommenden Zustand schafft; auch bei komplicirten Prolapsen erwies sich der Eingriff als eine nicht zu unterschätzende Hilfsoperation.

Honsell (Tübingen).

18) **Maire.** Scheiden-Gebärmuttervorfälle und Unfall.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 5.)

Verf. theilt einen Fall linksseitigen Beckenbruches und vollkommenen Gebärmuttervorfalls mit, welcher angeblich durch einen Sturz aus einer Höhe von 5 m entstanden war, bei dem er den Gebärmutter-Scheidenvorfall als durch Unfall entstanden bezeichnet. Einen 2. Fall vollständigen Gebärmuttervorfalls bei einem 16jährigen Mädchen führt er ebenfalls auf einen Unfall zurück (schweres Heben). In einem 3. Falle von Scheidenvorfall und Gebärmuttersenkung bei einer 58jährigen Frau, welche 9mal geboren hatte und ihre Erkrankung mit schwerer Feldarbeit (Aussäen von Roggen) in Zusammenhang brachte, kann er diese Beschäftigung nicht als ursächliches Moment ansehen; eben so führt er einen 4. Fall von Vorfall der Scheide und der unteren Hälfte der im 5. Monat schwangeren Gebärmutter, angeblich beim Umkippen eines größeren Wasserbehälters entstanden, nicht auf einen Unfall zurück, da in diesem Falle ein Abort hätte eintreten müssen.

Motz (Hannover).

19) **H. Robb** (Cleveland). A case of endothelioma lymphangiomatodes of the cervix uteri.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Januar.)

R. beschreibt ausführlich den Fall einer 62jährigen Frau, welcher eine krebsähnliche Geschwulst der Cervix uteri entfernt wurde. Die mikroskopische Unter-

suchung — die Geschwulstzellen waren zumeist nicht in geschlossenen Räumen zu Alveolen angeordnet, sondern folgten den Muskelfasern der Uteruswand — ließ an ein Endothelioma lymphangiomatodes denken. 1 Jahr p. op. war Pat. noch gesund. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

20) **K. G. Lennander.** Ett fall af dermoidcysta i bäckenbindväfven.
(Hygiea Bd. LXI. p. 431.)

26jährige Frau, die immer gesund gewesen ist. Die 1. Geburt musste mit der Zange vollendet werden; bei der 2. wurde das Kind an den Füßen extrahirt, starb aber wegen durch die Geschwulst verursachter Verzögerung. Bei der 3. Schwangerschaft wurde die quergelagerte Frucht in der 23. Woche durch Wendung und Extraktion geboren.

Der größte Theil des Beckens war von einer Geschwulst ausgefüllt, die Scheide kaum für den tastenden Finger durchgängig. Den normal großen Uterus fühlte man oben der Geschwulst anliegend. Die linke Tube verlief als ein deutlicher Strang oben an der Geschwulst.

Durch Kolpoperineotomie wurde das Dermoid von unten her ausgeschält. Schnitt durch den linken Theil der Scheide und links von der Rhaphe perinei am After vorbei. Stumpfe Ausschälung. Sämmtliche Beckeneingeweide waren nach vorn verlagert. Unerhebliche Blutung. Tamponade und Drainage der Höhle. Heilung. $2^3/_4$ Jahre danach sehr leichte Entbindung.

Im Anschluss an die ausführliche Krankengeschichte referirt Verf. F. de Quervain's 1898 erschienenes Sammelwerk »Über die Dermoide des Beckenbindegewebes«. Die Vortheile der Kolpoperineotomie — welche Verf. zuerst bei diesen Geschwülsten angewandt hat — werden im Vergleich mit den anderen Methoden (laterale Perineotomie, retroanaler transversaler Perinealschnitt und Parasacralschnitt) in der Epikrise des Falles hervorgehoben. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

21) **G. Vignolo** (Pisa). Über einen Fall von Aneurysma arterioso-venosum vaginale.
(Policlinico 1898. Juli 15.)

Die Seltenheit aneurysmatischer Erkrankungen der Beckengefäße veranlasst Verf. zur Mittheilung folgenden Falles: Eine 37jährige Frau kam wegen chronischer Metritis und beiderseitiger Ovariosalpingitis in die Klinik; bei der inneren Untersuchung nahm man sofort auf der rechten Seitenwand der Scheide ein starkes, rhythmisches Pulsiren wahr. Eine genauere Prüfung ergab, dass die betr. Partie aus 2 Theilen bestand, einem vorderen in Form einer cylindrischen Geschwulst mit glatten, stark gespannten Wänden, und einem hinteren, weniger deutlich abgegrenzten. Der vordere geschwulstähnliche Theil zeigte eine ausgesprochen arterielle, sehr kräftige Pulsation, welche auch durch starken Druck nicht aufgehoben werden konnte; eben so wenig ließ sich das Volumen der Geschwulst durch Kompression vermindern. Dagegen wurde die hintere Partie, welche den übrigen Theil der Seitenwand der Scheide einnahm, durch Druck verkleinert; auch hier war die Pulsation wahrzunehmen, jedoch schwächer und mehr mit vibrirendem Charakter; dieselbe ließ sich durch Kompression völlig aufheben. Die Kompression der Bauchaorta ließ ebenfalls das Pulsiren fast ganz verschwinden. Die direkte Auskultation (mittels eines eigens konstruirten Stethoskops) ergab über der vorderen Geschwulst ein lautes systolisches Blasen, während der hintere Theil ein mehr gleichmäßiges Schaben hören ließ. Im Übrigen zeigte die Scheidenschleimhaut keine Anomalien. Verf. stellte die Diagnose auf Aneurysma arterioso-venosum, resp. Varix aneurysmaticus; die erweiterte Arterie wird als Arteria vaginalis angesprochen. Irgend ein ätiologisches Moment hierfür konnte nicht aufgefunden werden. Die Therapie bestand in Unterbindung der Iliaca interna und Exstirpation der Geschwulst. Hierzu wurde ein Hautschnitt 2 cm oberhalb des Poupartschen Bandes, und parallel demselben, angelegt. Nach Ablösung des Peritoneum parietale wurde die Symphysis sacro-iliaca erreicht, und hier erst 2 Äste der Hypo-

gastrica, dann der Stamm selbst unterbunden. Von demselben Hautschnitt aus wurde die aneurysmatische Geschwulst exstirpirt, was jedoch nur für den hinteren (venösen) Abschnitt gelang; doch verlor auch die vordere Geschwulst ihre Füllung und Spannung so wie die Pulsation. Der exstirpirte Theil bestand hauptsächlich aus 2 großen Gefäßen, von der Größe der Vena femoralis. Die histologische Untersuchung zeigte, dass die Wand dieser Gefäße fast ausschließlich aus sehr gewuchertem, glatten Muskelgewebe bestand. In dem mitentfernten paravaginalen Gewebe fanden sich zahlreiche Blutgefäße von verschiedenem Kaliber, hauptsächlich Venen, mit gewucherter Muscularis. Viele dieser Venen sind thrombosirt; theils bilden sie verkalkte Thromben (Phlebolithen), theils organisirte, kavernöse. Verf. erklärt sich die Hypertrophie der Muscularis in den Venen als eine Reaktion auf die in Folge des erhöhten Blutdrucks stattfindende Erweiterung und Blutüberfüllung der Gefäße; die Thrombosirungen sollen durch die Verlangsamung des Blutstroms zu Stande kommen. Die Heilung in Bezug auf das Aneurysma war vollständig und dauerhaft.

H. Bartsch (Heidelberg).

22) **O. Elon** (Huntington). A few spanish wounds.

(New York med. record 1898. December 10.)

Verf. hat im Marienhospital zu Norfolk verwundete Spanier behandelt, welche nach der Schlacht am 3. Juli bei Zerstörung der Flotte des Admirals Cervera von dem Ambulanzschiff »Solace« überführt worden waren. Der Mangel erster Hilfe auf den spanischen Schiffen, die Thatsache, dass viele Verwundete stundenlang im Wasser zugebracht hatten, zusammen mit den Zerfleischungen durch Bombensplitter begünstigten die Wundinfektion. Im direkten Kontrast dazu standen die reinen Mausergeschosswunden der amerikanischen verwundeten Feldtruppen und deren schnelle Genesung. Die spanischen Verwundeten, meist nur im Besitz von den ihnen an Bord der Solace gespendeten Pajamas (specifisch amerikanische Nachtkleider), erkrankten außerdem zahlreich noch an Malaria. Es waren fast alles junge Leute von 22—23 Jahren.

Aus der Kasuistik ist eine komplicirte Splitterfraktur des oberen Sternaltheils zu erwähnen, bei der schwere spasmodische Dyspnoë und rechtsseitige Torticollis in Folge Dislokation des linken Sternoclaviculargelenks auftrat, später Besserung und Heilung. Ein Geschoss explodirte so nahe bei einem Heizer der »Oquendo«, dass er von oben bis unten Pulvereinwirkungen zeigte, sonst nur eine kleine Schramme am Gesäß und eine penetrirende Wunde des rechten Kniegelenks davontrug. Der Tod erfolgte an Pyämie bei dem Versuch, die inficirte Wunde konservativ zu behandeln. Ein Fall von eitriger komplicirter Splitterfraktur des Humerus und der Ulna am Ellbogengelenk mit gleichzeitigen anderen Verletzungen ließ wegen schlechten Allgemeinbefindens nur konservative Behandlung zu und lief in Genesung aus.

Die bekannten Nahwirkungen der rasanten modernen Geschosse kleinkalibriger Gewehre konnten bei 4 spanischen Gefangenen beobachtet werden, welche während einer muthmaßlichen Meuterei an Bord des »Harvard« durch die Schildwachen aus nächster Nähe niedergeschossen wurden.

Ein Heizer erhielt einen Schuss in die Nähe des Trochanters, in Folge dessen sich enorme Schmerzen in der Fußsohle einstellten; da auch die Röntgenaufnahme nach glatter Heilung der Wunde keinen Anhalt gab, wird der Ischiadicus irgend wie traumatisch betheiligt sein.

Besonders konnte die Wirkung guter Pflege und Ernährung der vorher seit längerer Zeit auf kurze Rationen gesetzten Spanier festgestellt werden, und mancher verließ »trotz Verlust einer Extremität das Hospital gesünder, als wie er aus San Jago auszog, um für eine verlorene Sache zu kämpfen«.

Loewenhardt (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 29. **Sonnabend, den 22. Juli.** **1899.**

Der „Ventilverschluss" in den Gallenwegen durch Steine und seine Folgezustände.

Von

Oberarzt Dr. **Carl Lauenstein** in Hamburg.

Socin und Courvoisier, eben so Fenger haben, wie auch Langenbuch in seinem vorzüglichen neuesten Werke über die Chirurgie der Leber und Gallenwege anführt, schon von den Wirkungen der Gallensteine als Kugelventile in den Gallenwegen — Cysticus und Choledochus — bestimmte Folgen abgeleitet. Bei den pathologischen Befunden, die ich in mehr als 80 Operationen an den Gallenwegen festzustellen Gelegenheit gehabt habe, bin ich ebenfalls

auf derartige Wirkungen der Gallensteine aufmerksam geworden. Die betreffenden Verhältnisse in den einzelnen Fällen lassen sich meiner Ansicht nach theilweise nur durch »Ventilverschlüsse« erklären. Ich gehe auf diesen Punkt hier etwas näher ein, weil ich glaube, dass jeder, auch noch so geringfügige Beitrag zur Erklärung der an und für sich so räthselhaften Pathologie und Symptomatologie der Cholelithiasis von Werth ist.

In mehreren Fällen habe ich bei der Operation Gallensteinkranker eine vollkommen leere Gallenblase gefunden, d. h. eine weder mit Galle noch mit Steinen gefüllte Gallenblase. Ich konnte die Gallenblase wie einen schlaffen leeren Beutel mit mehr oder weniger verdickter Wandung zwischen die Finger nehmen und fand in allen diesen Fällen Steine (und zwar meist kleine Exemplare) im Cysticus.

Meiner Überzeugung nach lässt sich die Erscheinung der vollkommenen Entleerung der Gallenblase bei durchgängigem, aber Steine beherbergendem Cysticus nur durch den Mechanismus eines Ventilverschlusses erklären. Ich nehme an, dass die Steine den Abfluss aus der Gallenblase durch den Cysticus nicht gehindert haben, während sie den Zufluss von Galle durch den Cysticus von der Leber her verhinderten.

Manche derjenigen Fälle, in denen man eine mit zahllosen kleinen Steinen gefüllte Gallenblase findet, ohne eine Spur von Galle, in denen jedoch nach Extraktion der Steine aus Gallenblase und Blasenhals sofort ein reichlicher Ausfluss von Galle zu Stande kommt, sind vermuthlich auch durch Ventilverschlusswirkung der Steine innerhalb des Cysticus zu erklären.

Diejenigen Fälle hinwiederum von Hydrops der Gallenblase, ferner von prall angefüllter Gallenblase, mit rein galligem Inhalt, so wie manche Fälle von Empyem der Gallenblase und manche Beispiele von enorm erweiterter resp. vergrößerter Gallenblase bei Anwesenheit von Steinen im Gallenblasenhals oder im Cysticus lassen sich kaum auf andere Weise erklären, als durch Ventilverschlüsse von Seiten der Steine. Hier wirkt der Ventilverschluss umgekehrt wie bei der leeren Gallenblase. Der Zufluss zur Gallenblase ist ermöglicht, dagegen der Ausfluss aus der Gallenblase verhindert. Ich glaube, dass es auf keine andere Weise zu erklären ist, dass die Gallenblase in einzelnen Fällen so enorm gespannt und ausgedehnt ist durch reine, makroskopisch nicht veränderte Galle. Der anatomische Bau des Cysticus mit seinen Haustra und seinen Klappen ist jedenfalls bei vorhandenen Steinen dem Zustandekommen von Ventilverschlüssen nur günstig. Der »Schlussstein« (Riedel), den man häufig im Blasenhals neben anderen Konkrementen verschiedener Generationen findet, ist ebenfalls, wie auch der isolirte Stein im Blasenhals, durchaus für die Theorie des Ventilverschlusses zu verwerthen. Ob außer den einfachen Dilatationen der Gallenblase und der prallen Füllung auch noch Divertikelbildungen auf derartige Ventilverschlüsse zurückzuführen sind, will ich dahingestellt sein lassen. Natürlich gebe ich

ohne Weiteres die Möglichkeit zu, dass auch entzündliche Processe innerhalb der Gallenblase (Infektion) bei der prallen Füllung eine Rolle spielen. Denn ich habe, je mehr ich in den letzten Jahren den verschiedenartigen Inhalt der Gallenblase bakteriologisch untersucht habe, desto häufiger Mikrobien gefunden (Bact. coli allein und mit Staphylokokken), mochte nun der Inhalt normal gallig aussehen oder flockig, trüb und grau oder wasserhell sein.

Was die ferneren Konsequenzen der Ventilverschlüsse im Blasenhals und Cysticus angeht, so ist, glaube ich, darüber nicht so einfach zu urtheilen. Eine grobe Konsequenz für den physiologischen Vorgang der Gallenausscheidung ist bei der Annahme des Ventilverschlusses, mag nun die Gallenblase leer oder prall gespannt sein, beide Male vorhanden. Das ist der Ausfall der Gallenblase als »Reservoir«. Dass dieser Ausfall der Gallenblase als Reservoir gleichgültig wäre, kann ich mir nicht denken. Denn wozu wäre denn ursprünglich die Gallenblase da, wenn sie nicht einen Zweck zu erfüllen hätte?

Ich könnte mir nun folgende nachtheilige Konsequenz des Ausfalls der Gallenblase vorstellen: Die Galle, die bei vorhandenem Reservoir der Gallenblase in den Zwischenzeiten der Verdauung sich in dieser ansammelt, also immer nur intermittirend in das Duodenum einfließt, wird beim Fortfall der Gallenblase nicht intermittirend, also kontinuirlich in den Darm einfließen. Somit wird der von den Anatomen an der Papille angenommene Sphinkter nicht zeitweilig verschlossen sein, sondern sich sehr viel häufiger öffnen müssen. Zudem muss man annehmen, dass bei kontinuirlichem Einfließen die Galle viel langsamer in den Darm einströmt, als wenn sie zeitweise sich in größerer Menge auf einmal aus der Gallenblase in den Darm ergießt. So glaube ich, dass bei vorhandenen Gallensteinen hier ein Moment gegeben ist, das an sich oder wiederum prädisponirend für die Infektion der Gallenwege vom Darm aus wirken würde. Denn wenn der Sphinkter am Diverticulum Vateri immerfort Galle durchlassen muss, also immerfort klafft, wird eben so eine Infektion der Gallenwege vom Duodenum aus erleichtert, wie wenn der Gallenstrom gegenüber dem rascheren intermittirenden physiologischen Ausfließen ständig in langsamem Tempo in den Darm sickert. Ich gebe zu, dass hiermit noch nicht viel bewiesen wird; denn die Kräfte bei dem physiologischen Vorgang der Entleerung der Galle in den Darm und ihrer zeitweiligen Ansammlung in der Gallenblase (Wirkung des Sphinkters an der Papille?) sind uns eben so wenig bekannt, wie die primären Ursachen der Gallensteinbildung, obgleich ich selbst geneigt bin, in Folge des sehr häufigen Zusammentreffens der Anwesenheit von lebensfähigen Mikroben in der Galle von Gallensteinleidenden eine primäre Infektion der Galle als Ursache der Cholelithiasis überhaupt anzunehmen.

Die Frage der Gallensteinkolik, so wie der entzündlichen Vorgänge an den Gallenwegen (Cholangitis, Cholecystitis, »Perixenitis«

Riedel), die eigentlich unmittelbar hierher gehören, berühre ich absichtlich nicht, weil es mir hauptsächlich heute darauf ankam, das Interesse an dem »Ventilverschluss« etwas zu beleben.

---

1) **A. Villaret.** Handwörterbuch der Medicin. 2. gänzlich neubearbeitete Auflage. Lfg. 5—13.

Stuttgart, **F. Enke,** 1897—99.

Mit der 13. Lieferung endet der erste Band des Sammelwerkes. Dasselbe ist um fast 200 Seiten stärker als in der ersten Auflage, was nur zum geringeren Theil auf Rechnung des kleineren Formates kommt, zum größeren durch die reichen Umänderungen, Zusätze und Neuaufnahmen bedingt ist, die die Encyklopädie gefunden hat. Was man von einem so kompendiösen Werk verlangen kann, ist hier in der That geliefert, vor Allem ist ihm ein durchaus wissenschaftlicher Charakter gewahrt. An dem früher ausgesprochenen günstigen Urtheil (d. Bl. 1898 p. 212) ist nichts zu ändern. **Richter** (Breslau).

2) **P. Colombini.** Bakteriologische und histologische Untersuchungen über die Bartholinitis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat 17 Fälle von Bartholinitis bakteriologisch, 2 davon auch histologisch untersucht und dabei im Ganzen die Anschauungen bestätigen können, welche in einem Theil der neueren Litteratur über diese Erkrankung ausgesprochen worden sind. Er hat in $^2/_3$ der Fälle die Gonorrhoe als Ursache gefunden, aber auch in diesen Fällen keineswegs immer den Gonoccocus im Bartholini'schen Eiter nachweisen können (nur 6mal); er fand ihn meist mit Staphylococcus aureus und albus zusammen, oder er fand die letzteren allein — die Gonokokken waren dann schon zu Grunde gegangen. Traumen, Unreinlichkeit etc. wirken begünstigend. Bei der histologischen Untersuchung fand C. »eine bedeutende Proliferation des Epithels der Ausführungsgänge der Drüse, eine kleinzellige Infiltration in der Umgebung dieser Gänge, welche davon vollständig eingehüllt werden, und consecutive Bildung von Abscessen in der Umgebung dieser Ausführungsgänge, welche uns die Pathogenese der recidivirenden Drüsenabscesse erklären«. **Jadassohn** (Bern).

3) **E. Bennecke.** Die gonorrhoische Gelenkentzündung, nach Beobachtungen der chirurgischen Universitätsklinik in der Kgl. Charité zu Berlin.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1899. 52 S.

Im vorliegenden Schriftchen theilt Verf. die Erfahrungen mit, die in oben genannter Klinik von 1895—1897 an 56 Pat. gesammelt wurden. Er fasst die Arthritis gonorrhoica, die ein wohlcharakteri-

sirtes Krankheitsbild darstellt, als eine Metastasenbildung der Genitalgonorrhoe auf und sah wesentlich 4 Formen derselben, die eine Kette von leichter zu schwerer Erkrankung darstellen:

1) Den Hydrops, 2) die serofibrinöse Entzündung, 3) das Empyem, 4) die phlegmonöse Entzündung.

Die therapeutischen Maßnahmen waren den einzelnen Formen entsprechend verschieden: Bei Erguss Aspiration mit nachfolgender Injektion von 8 ccm einer 5%igen Karbolsäurelösung (also 0,4 Acid. carbol.), nachfolgende Ruhigstellung und Kompression; in den meisten anderen Fällen, besonders bei Phlegmone, intensive Jodpinselung und Extension. Operative Eingriffe sind unnütz und nur ausnahmsweise nöthig bezw. von Erfolg.

Die einzelnen Gelenke zeigen gewisse Verschiedenheiten bezüglich der Häufigkeit und Form der Erkrankung und werden dem entsprechend für sich besprochen. Aus diesen Kapiteln ist hervorzuheben, dass am häufigsten das Kniegelenk befallen wird — 46% der Kranken, 39% der Gelenke — und dass bei ihm sämmtliche Formen der gonorrhoischen Arthritis vorkommen; auffällig ist die frühzeitige Verwachsung der Patella mit dem Femur und Atrophie des Quadriceps bei Phlegmone. Recht häufig, und mit zum Theil recht schwerem Verlauf, wurde Erkrankung des Hüftgelenks gesehen — 10% der kranken Gelenke. — Bei unzweckmäßiger Behandlung wird leicht die Pfanne durchgefressen, was zu starker Verkürzung des Beins führt (Trochanterhochstand). Die ungünstigste Prognose bietet das Ellbogengelenk, das bei phlegmonöser Erkrankungsform sehr häufig mit starker Bewegungsbeschränkung ausheilt und am ehesten noch Resektion erfordert. Ein ausführliches Litteraturverzeichnis schließt die Abhandlung.

Dass unter Umständen die Differenzirung zwischen tuberkulöser und gonorrhoischer Gelenkerkrankung Schwierigkeiten machen kann, beweist ein Fall von operirtem Schultergelenk; es hätte sich vielleicht noch der Mühe gelohnt, dieses Umstands mit einigen Worten zu gedenken.

Christel (Metz).

---

4) **E. Welander.** Zur Frage von der Behandlung der Augenblennorrhoe.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 3.)

W. hat das Largin, ein von Finger empfohlenes Silberpräparat, bei der Behandlung der Augenblennorrhoe sehr wirksam gefunden. Er hat es zu langdauernden Spülungen und Pinselungen in 2%igen Lösungen verwendet, weiterhin, um es möglichst lange einwirken zu lassen, Gelatinetabletten mit 1%igem Largin unter die Augenlider schieben lassen. Ein Fall von Blennorrhoe beim Erwachsenen wird genauer geschildert, weil er beweist, dass eine Conjunctivalblennorrhoe unterhalten und immer neu hervorgerufen werden kann durch Entleerung gonokokkenhaltigen Sekrets aus den Thränenkanälen.

Nach Beseitigung der Gonorrhoe der letzteren durch Spaltung und Ausspritzungen heilte die Conjunctivalblennorrhoe definitiv.

Jadassohn (Bern).

5) **C. Audry.** Herpes als Vorläufer des Schankers.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 4.)

Es ist eine bekannte Thatsache, dass der Herpes progenitalis besonders (aber keineswegs, wie Manche meinen, ausschließlich) bei solchen Pat. vorkommt, welche ein venerisches Ulcus gehabt haben. A. glaubt, dass in einzelnen Fällen der Herpes auch als Vorläufer des Schankers vorkommt. Dann tritt er im Anschluss an einen verdächtigen Beischlaf ein; nach einiger Zeit entwickelt sich ein specifisches, d. h. syphilitisches Ulcus, und zwar an Punkten, an welchen keine Herpesbläschen vorhanden gewesen waren. (Diese Beobachtungen sind wohl nur auf eine zufällige Koincidenz zurückzuführen. Ref.)

Jadassohn (Bern).

6) **T. Okanvura.** Zur Geschichte der Syphilis in China und Japan.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 6.)

Die vom historischen und ethnologischen Standpunkt sehr interessanten Mittheilungen des Verf. gipfeln in dem Schluss, dass die Syphilis erst um die Mitte des 16. Jahrhunderts in China und Japan eingeschleppt worden ist.

Jadassohn (Bern).

7) **L. Glück.** G. d'Ayala über die Syphilis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 1.)

Allen, die sich für die Geschichte der Syphilis interessiren, sei die Lektüre der beiden von G. mitgetheilten »Epigrammata« d'A.'s empfohlen, aus denen hervorgeht, dass Dieser entgegen der Meinung seiner Zeit von dem Vorkommen der Syphilis vor dem Ende des 15. Jahrhunderts überzeugt ist. Interessant ist auch seine Warnung, alle möglichen Hautkrankheiten für syphilitisch zu erklären, die damals sehr nothwendig war, aber auch jetzt noch nicht ganz überflüssig ist.

Jadassohn (Bern).

8) **C. Adrian.** Über Syphilisimpfungen am Thiere.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 2.)

Den zahlreichen Berichten über gelungene Syphilisimpfungen an Thieren hat man meist keinen Glauben geschenkt. Auch was in der letzteren Zeit in dieser Beziehung veröffentlicht worden ist, hat nicht gerade einen vertrauenerweckenden Eindruck gemacht. Trotzdem ist es gewiss berechtigt, die Versuche nach dieser Richtung fortzusetzen. Das hat der Verf. in der dermatologischen Klinik in Straßburg an 2 Schweinen gethan, welche lange Zeit hindurch beobachtet wurden und an der Stelle der Inokulation Infiltrationen,

Geschwüre und am Körper disseminirte makulöse, papulöse, weiterhin zerfallende Efflorescenzen bekamen. Auch die histologische Untersuchung ergab mächtige Rundzelleninfiltration speciell um die erweiterten Gefäße.

Mit aller — freilich auch nothwendigen — Skepsis bespricht A. diese Resultate; er ist weit davon entfernt zu glauben, dass mit diesen Versuchen der Beweis der Übertragbarkeit der Syphilis auf Schweine wirklich erbracht sei; gerade durch diese Skepsis unterscheidet sich die Arbeit sehr vortheilhaft von vielen anderen Publikationen auf diesem Gebiete. **Jadassohn** (Bern).

---

9) **C. Rasch.** Über die Beziehungen der Aortaaneurysmen zur Syphilis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 1.)

Schon in der älteren Litteratur giebt es Angaben über die Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der Aortenaneurysmen. Besonders wichtig war in dieser Beziehung eine Arbeit Malmsten's, welcher nachwies, dass »Syphilis in nicht weniger als 80 von 100 Fällen bei Pat. mit Aortaaneurysmen vorkomme«, und welcher »zum 1. Male das makroskopische Aussehen des specifischen Aortaleidens ausführlich beschrieb«. Die seither gemachten Angaben über die Häufigkeit der Syphilis bei Aortenaneurysmen variiren zwischen 36 und 85%.

R. hat von 1892 bis 1896 unter 3165 im Kommunal-Hospital in Kopenhagen vorgenommenen Obduktionen 28 Fälle von Aortenaneurysma gefunden, darunter 13 sackförmige, meist solitäre, einige Mal multiple, 14 spindelförmige oder cylindrische, ein dissecirendes; 21 Männer, 7 Frauen; 20 unter, 8 über 60 Jahre. In 16 (= 57%) Fällen konnte Syphilis sicher nachgewiesen, 7mal mit großer Wahrscheinlichkeit vermuthet werden (Puellae publicae; Polyletalität der Kinder, asymmetrische Nierenatrophie, tiefe Narben in den Gelenkknorpeln etc.). Also: 82% sicher oder sehr wahrscheinlich syphilitisch. Der Zeitpunkt der Infektion lag (in 6 Fällen) 9—37 Jahre zurück; einige Pat. waren merkuriell behandelt worden, andere nicht. Bei den sackförmigen Aneurysmen war sogar in 92% Syphilis sicher oder wahrscheinlich vorausgegangen. Die Procentzahlen, die R. gefunden hat, entsprechen also denen Malmsten's und Backhaus' (85%) so wie den bei Tabes und Paralyse gefundenen Zahlen.

Die zuerst von Heiberg und Köster ausgesprochene Anschauung, dass den Aortenaneurysmen ein chronischer Entzündungszustand zu Grunde liegt, kann R. bestätigen. Er fand die von ihm »fibröse Aortitis« genannte Veränderung bei allen sackförmigen und bei 10 spindelförmigen Aortenaneurysmen. Dabei ist die Wand stark verdickt, und zwar speciell Media und Adventitia, während die Intimaverdickung nicht konstant ist; zähe lederartige Konsistenz, unregelmäßige Faltung und Furchung der freien Fläche mit feinen

parallelen Längsfurchen und Einziehungen; die Farbe ist im Gegensatz zu der der senilen Arteriosklerose »weiß oder schmutzig weißgrau«; Kalk fehlte in 13 (nur 2 über 50 Jahre alt), fand sich in 9 Fällen (7 über 50 Jahre alt), war 6mal reichlich vorhanden; der Process ist bald »auf einzelne Plaques oder Gürtel beschränkt, bald über den größten Theil des Aortenbogens ausgebreitet«. Mikroskopisch Rundzelleninfiltration, oft in miliaren Gummiknoten ähn-lichen Herden, oft in langen Strichen, speciell den Arterien der Aortawand folgend, die Periarteriitis oder obliterirende Endarteriitis aufweisen. In der Media manchmal nekrotische Herde. Destruktion der elastischen Lamellen der Media, wodurch die Aneurysmenbildung verständlich wird. Das Leiden kann kombinirt mit der gelben fleckartigen Endarteriitis vorkommen. Durch die Annahme der entzündlichen Natur der Aneurysmen wird auch die Verlöthung der Gefäßwand mit anderen Organen und die Destruktion des Periosts am besten erklärt. Dass die einzige, die Entwicklung der Aneurysmen hemmenden Behandlung, die Jodkalimedikation, im Stich lässt, wenn bereits zu viel zerstört ist, ist selbstverständlich. **Jadassohn** (Bern).

---

10) **A. Jordan.** Über die Häufigkeit von Rachen- und Kehlkopfaffektionen bei Syphilis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 1.)

Um einen möglichst genauen Aufschluss über die bekanntermaßen sehr große Häufigkeit von Rachen- und Kehlkopfaffektionen bei Syphilis zu erhalten, hat J. 675 Fälle speciell darauf untersucht. Unter 25 Primäraffekten fand er 2 Tonsillarschanker, bei erstem Ausbruch sekundärer Syphilis war der Rachen in 30,7% der Fälle frei; in 43,5% fand sich »Angina erythematosa«, in 25,3% »Angina papulosa«, in 0,5% Ulcerationen; die entsprechenden Zahlen lauten bei recidivirender sekundärer Lues 33,9%, 29%, 36,2%, 0,9% — im Ganzen in 67,7% der Fälle von sekundärer Lues Pharynxveränderungen (bei Frauen mit recenter Syphilis sind die papulösen Rachenaffektionen häufiger als bei Männern, vermuthlich weil die ersteren später in Behandlung kommen). Für den Kehlkof fand J. bei frischer und bei recidivirender sekundärer Lues: Larynx normal in 50,4 resp. 55,8%; Erythema laryngis in 47,2 resp. 39,5%, Papulae laryngis in 2,4 resp. 5,2%; Ulcerationen nur bei 0,2% recidivirender Lues. Unter 75 tertiären Fällen zeigten 38 keine Veränderungen des Rachens, 21 hatten schwere Halszerstörungen, 4 floride Erscheinungen. Der Kehlkopf war bei 54 Personen gesund; 4 hatten Defekte der Epiglottis, 3 floride Erscheinungen, 14 Röthung (also bei $^1/_3$ der Tertiär-Syphilitischen Rachen-, bei $^1/_{10}$ Kehlkopferkrankungen).

Jadassohn (Bern).

---

11) **Tommasoli.** Der Syphilismus.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 2.)

In einer theoretischen, auf mannigfache Analogien und Hypothesen aufgebauten Studie kommt T. zu dem — hier nicht weiter zu diskutirenden — Resultat, dass die tertiären Symptome von einer »Autointoxikation durch der Syphilis eigene oder höchstens von den chronischen Infektionen der der Art der Syphilis eigenen Modifikationen des Organismus herrühren« müssen — das nennt er im Gegensatz zu der eigentlichen infektiösen Syphilis Syphilismus. Mit Parasyphilismus bezeichnet er die sog. parasyphilitischen Symptome, welche auch durch andere (nicht chronisch bakterielle) Intoxikationen bedingt sein können.

»Mit Worten lässt sich trefflich streiten.« **Jadassohn** (Bern).

---

12) **v. Watraszewski.** Einige Fragen bei der Behandlung der Syphilis. Wann soll die Behandlung der Syphilis mit Quecksilber beginnen? Wie lange soll die Behandlung der Syphilis fortgesetzt werden?

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 2.)

Die Fragen, die Verf. für ein Referat beim 12. internationalen Kongress in Moskau einer Besprechung unterzogen hat, werden schon sehr lange eifrig diskutirt, ohne dass es dabei zu einer Einigung gekommen ist. Das ist leider ganz natürlich, da eine definitive Beantwortung derselben nur auf Grund einer umfassenden Statistik möglich ist, und die Verff., welche sich mit ihr beschäftigen, meist nur ein einseitig behandeltes Material zur Verfügung haben, an dem sie dann ihre vorgefasste Meinung bestätigt finden. W. geht von der Ansicht aus, dass das syphilitische Virus in 2 Modifikationen im Körper vorhanden sei, welche den latenten und manifesten Perioden der Krankheit entsprechen, und von denen nur die letztere durch Quecksilber beeinflusst werden kann. Er spricht sich gegen die sog. Präventivbehandlung aus (d. h. die Hg-Therapie vor Erscheinen der allgemeinen Symptome), weil wir durch diese verhindert werden, uns ein Urtheil über die voraussichtliche Schwere der Erkrankung zu bilden, weil die erste Kur nach Auftreten der Allgemeinsymptome diese schnell beseitigt und für eine gewisse Zeit vor neuen Symptomen schützt. Haben wir aber präventiv behandelt, so treten die Allgemeinsymptome »entweder zur gewöhnlichen Zeit oder bald nachher auf«, das ist für Arzt und Pat. in gleicher Weise unangenehm. Außerdem aber giebt es, wenn auch sehr selten, Fälle, bei denen ein scheinbar syphilitischer Primäraffekt ohne weitere Erscheinungen spontan heilt; und in diesen ist natürlich die Allgemeinbehandlung ein Fehler. Verf. selbst hat 192 Fälle von früher maligner Lues zusammengestellt und gefunden, dass 70, 4% derselben, »bald nach dem Auftreten des Primäraffekts oder im Stadium der 2. Inkubation« behandelt worden sind.

Auf Grund seiner allgemeinen Anschauung ist W. natürlich auch ein Gegner der Fournier'schen Methode und behandelt nur, wenn Symptome vorhanden sind. Eben so selbstverständlich giebt er nie länger Quecksilber, als noch Symptome auftreten. Er hat in 23 Fällen, die er 4—15 Jahre nach der Infektion verfolgen konnte, trotz einer einzigen Quecksilberkur nie wieder syphilitische Symptome auftreten sehen; 15 dieser Kranken heiratheten oder waren schon verheirathet; ihre Frauen blieben gesund, 9 Frauen wurden gravid und von gesunden Kindern entbunden. In 116 Fällen wurde die Behandlung nach 6—18 Monaten nach 2—3 Kuren abgeschlossen. Auch bei ihnen traten im Laufe von 4—15 Jahren weitere Symptome nicht auf. W. findet das Princip, vor der Heirath syphilitisch Gewesene noch eine Hg-Kur machen zu lassen, übertrieben. Er ist endlich auch der Überzeugung, dass »eine periodisch wiederholte und unbestimmt lange Zeit prolongirte Saturation des Organismus« das Nervensystem schädigt und eventuell zu cerebraler und spinaler Syphilis prädisponirt.

(Ich kann hier in eine Opposition gegen diese Anschauungen nicht eintreten — sie sind der meinigen ganz entgegengesetzt und scheinen weder theoretisch noch praktisch genügend begründet —; mit Worten ist aber auf diesem Gebiet nun wohl wirklich genug gestritten.) **Jadassohn** (Bern).

---

13) **E. Welander.** Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 1 u. 2.)

Mit vielen Anderen ist W. der Ansicht, dass man verschiedene Einverleibungsarten des Quecksilbers beurtheilen müsse nach der zur Resorption kommenden Quecksilbermenge, nach der Schnelligkeit der Aufnahme und nach der Zeit, welche das Quecksilber nach Abschluss der Behandlung im Körper zurückbleibt. Auf Grund sehr zahlreicher Untersuchungen des Urins nach der Methode von Almén und Schillberg ist W. zu der Anschauung gelangt, dass die interne Behandlung eine außerordentlich unsichere ist. Die Einspritzung gelöster Salze führt zu einer kräftigen Resorption, eben so die der ungelösten Präparate, unter denen W. speciell das Lang'sche graue Öl als ein besonders lange remanirendes bezeichnet. Der Haupttheil der Arbeit ist der von W. in letzter Zeit geübten Behandlungsweise gewidmet, welche eine reine Inhalationsmethode ist. Er lässt täglich 6 g grauer Salbe in einem aus Baumwollenzeug, Leinewand oder dünnem Flanell angefertigten Säckchen (von 50 : 40 cm) ausbreiten, und dieses auf der Brust und dem Rücken tragen. Die Pat. sollen möglichst 10—12 Stunden in Bettwärme bleiben. Immer nach 10—15 Tagen wird das Säckchen gewechselt. Diese Methode führt zu einer kräftigen Resorption und zu einer langen Remanenz des Quecksilbers. Die syphilitischen Erscheinungen schwinden bei ihr schnell; unangenehme Nebenwirkungen treten nur in geringer

Zahl auf. Speciell die Hautreizungen bleiben so gut wie vollständig aus. Dass diese Behandlung angenehmer und bequemer ist als alle anderen bisher gebräuchlichen, ist ohne Weiteres zuzugeben.

Jadassohn (Bern).

---

14) **Falk.** Über die Brauchbarkeit des Hyrgols (kolloidales Quecksilber) zur Syphilisbehandlung. (Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Breslau. Direktor: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Neisser.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 4.)

Auf Neisser's Veranlassung unterzog F. das Hyrgol, »wasserlösliches metallisches Quecksilber«, einer experimentellen Untersuchung und zu gleicher Zeit einer Prüfung an klinischen Syphiliskranken, die mit Salben und Injektionen behandelt wurden.

F. fand, dass eine Wasserlöslichkeit und Haltbarkeit in dem behaupteten Sinne bei dem Hyrgol nicht bestand. Auch stellte sich heraus, dass das Hyrgol kein reines Quecksilber war, sondern Verunreinigungen enthielt.

Auch betrug der Quecksilbergehalt nicht 100%, sondern nur 72 bis 80%.

Vergiftungsversuche an Kaninchen ergaben, dass das Hyrgol bedeutend ungiftiger ist als das Sublimat trotz des annähernd gleichen Procentgehalts.

Es musste also die Resorption des Hyrgols eine verhältnismäßig langsame sein; auch die Elimination des Hyrgols scheint nur langsam vor sich zu gehen.

Bei Einreibungen mit verschiedenen Hyrgolsalben ergab sich, dass das Hyrgol im Vergleich zu Salben, die metallisches Quecksilber enthielten, stärker abzudunsten schien und leichter Stomatitis erzeugte.

Injektionen von Hyrgol in 1%iger bis $33^1/_3$%iger Lösung waren nicht schmerzhaft.

F. vermag daher dem Hyrgol keine irgend wie besonderen Vorzüge zuzuerkennen. **R. Wagner** (Mühlheim a. d. R.).

---

15) **A. Blomquist.** Merkurial. Ein neues Quecksilberpräparat aus metallischem, nach einer neuen Methode fein vertheiltem Quecksilber.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Im Merkurial ist das Quecksilber als Aluminium- und Magnesium-Amalgam in lockerer Bindung vorhanden; es ist ein pulverförmiges Präparat, welches 40% Hg gleichsam in amorpher Form enthält; um sein Anhaftungsvermögen zu vermehren, wird ihm etwas Fett beigemischt. Durch die sehr feine Vertheilung hat das Hg im Merkurial eine viel größere Verbreitungsfläche, als in anderen

Präparaten. Es ist speciell hergestellt worden, um damit die Inhalationstherapie mit Hg im Sinne Welander's durchzuführen.

Jadassohn (Bern).

---

16) G. Åhman. Über die Behandlung von Syphilis mit Merkurial.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Der Verf. hat bei der Welander'schen Methode, die Syphilis mit Hg-Salbe in einem Säckchen zu behandeln, das Eindringen des Fettes in die Leinwand, die dadurch bedingte Beschmutzung und Imprägnirung als unangenehm empfunden. Er hat desswegen das auf seine Anregung dargestellte Merkurial (s. oben) zu dieser Art der Behandlung verwendet, in Baumwollen- oder Leinensäckchen zuerst täglich, nach 5—10 Tagen jeden zweiten Tag je 5 g Merkurial ausbreiten lassen und damit, wie die Untersuchung des Urins und die kurativen Effekte bewiesen, eine genügende Resorption von Hg erzielt. Diese Methode ist also nicht bloß zuverlässig, sondern auch sehr reinlich und für den Pat. angenehm. **Jadassohn** (Bern).

---

17) Werther. Über die Prostitution, speciell in Dresden.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 4.)

Verf. giebt in einem, im ärztlichen Bezirksverein in Dresden-Stadt gehaltenen Referat eine allgemeine Übersicht über den augenblicklichen Stand der Prostitutionsfrage und eine speciell auf eine statistische Tabelle gestützte Darstellung von dem Stand der Prostitution in Dresden und über die Zahl der Geschlechtskranken, die sich speciell auf einige abolitionistische Maßnahmen hin gesteigert hat. Die Vorschläge zur Besserung, die er macht, sind sehr empfehlenswerth, und es wäre nur zu wünschen, dass ihm nicht bloß in Dresden, sondern auch anderwärts Folge gegeben würde.

Jadassohn (Bern).

---

18) J. B. Nichols (Washington). A clinical study of Dupuytren's contraction of the palmar and digital fascia.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. März.)

N. weist auf die Analogie der Retraktion der Palmarfascie, welche er als »Sklerose« bezeichnet, mit anderen sklerotischen Processen hin, wie sie an Leber, Nieren, Lungen, Arterien und am Centralnervensystem auftreten. Jedoch vermag er keinen Grund für die erstere in der Blutbeschaffenheit, welche oft den anderen Sklerosen zu Grunde liegt, zu entdecken. Vielleicht ist sie neuropathischen oder trophischen Ursprungs. Die Untersuchungen N.'s basiren auf 50 Fällen des U. S. Soldiers' Home zu Washington. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

---

19) **J. Riedinger** (Würzburg). Über Werthigkeit der Finger in Bezug auf Defekt und Verbildung.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 237. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

Der Inhalt dieses von R. auf der Braunschweiger Naturforscher- und Ärzteversammlung gehaltenen Vortrags ist bereits auf p. 1251 d. Bl. 1897 kurz angedeutet worden. Um die darin von R. gemachten Vorschläge und ihre Begründung würdigen zu können, ist das genauere Studium der Abhandlung erforderlich. Wir empfehlen sie zu solchem um so mehr, als R.'s Auseinandersetzungen zur Verständigung über die Bewerthung von Fingerverletzungen und ihrer Folgezustände bei Rentenansprüchen geeignet erscheinen.

Kramer (Glogau).

---

20) **R. Baudet** und **L. Kendirdjy.** Ligature de l'artère hypogastrique; de son application thérapeutique, en particulier dans les anévrysmes fessiers.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 38.)

Verff. haben in der vorliegenden mit großem Fleiß bearbeiteten Studie die meist der jüngsten Zeit entstammenden Erfahrungen über die Unterbindung der Art. hypogastrica zusammengestellt. Die wichtigsten Resultate der Arbeit seien im Folgenden kurz aufgeführt.

1) Bei Prostatahypertrophie hatte bekanntlich Bier die Operation zuerst empfohlen, später jedoch vor einer Verallgemeinerung derselben wegen ihrer großen Gefahr gewarnt. Bier hat von 3 Operirten einen verloren, eben so Willy Meyer in New York; die funktionellen Erfolge waren gut.

2) Bei inoperablem Uteruscarcinom haben Kelly und Pryor je einmal mit Erfolg die Hypogastrica unterbunden, während Andere dabei Misserfolge erlebten. Günstig wirkt die Operation jedenfalls bei abdominaler Totalexstirpation des Uterus zur präventiven Blutstillung, ist hierbei wohl aber entbehrlich.

3) Auch bei der Exstirpation des Rectum nach vorheriger Anlegung eines Anus praeternaturalis ist von Giordano, Quénu u. A. die Hypogastrica unterbunden worden, um möglichst blutleer zu operiren. Die Erfolge waren günstig.

4) Bei teleangiektatischen Tumoren (Fungus haematodes) der Regio glutaea und sacralis ist 3mal die Operation ausgeführt worden; 1mal starb Pat. unmittelbar nach der Operation, 1 nach 14 Monaten an Kachexie, 1 wurde geheilt. Indicirt ist die Operation natürlich nur bei ausgedehnten Tumoren.

5) Aneurysmen der Art. glutaea und ischiadica haben von jeher zur Unterbindung der Hypogastrica eine Indikation abgegeben. Unter 30 Fällen aus der Litteratur sind 12 Todesfälle und 16 Heilungen verzeichnet; 12mal fehlen nähere Angaben. Unter den Todesursachen bilden Nachblutungen und Peritonitis die häufigsten. Die verschiedene Form der Technik, transperitoneale und subperitoneale Methode, ist

deutschen Lesern geläufig. Die Zusammenstellung der Verff. bringt hier nichts Neues, das nicht in jedem Lehrbuch der Chirurgie bereits zu finden wäre.

Jaffé (Hamburg).

21) F. Lange (München). Die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 240. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1899.)

In dem Vortrage berichtet L. ausführlich über seine die Stellung des Schenkelkopfs, das Verhalten der Gelenkkapsel, die Methode der Reposition und Retention bei angeborener Hüftverrenkung betreffenden Untersuchungen, deren Ergebnisse von ihm bereits im Vorjahre in der Münchener med. Wochenschrift mitgetheilt und im Jahrgang 1898 des Centralblatts p. 683 u. f. eingehend referirt worden sind. Wir können desshalb auf dieses Referat verweisen und heben nur noch hervor, dass L. über den Werth der von ihm an 6 Hüftgelenken nach Reposition der angeborenen Verrenkung ausgeführten Chlorzinkeinspritzungen, welche eine Schrumpfung der verlängerten Gelenkbänder etc. und eine Abkürzung der Zeit der Fixirung im Gipsverband bezwecken, ein abgeschlossenes Urtheil noch nicht abgeben kann. Die Beckenringbandage, welche er zur Nachbehandlung nach Reposition, wie auch in Fällen, wo eine unblutige operative Behandlung abgelehnt wird, jahrelang tragen lässt, wird hinsichtlich der Technik ihrer Herstellung eingehend beschrieben.

Kramer (Glogau).

22) Hildebrandt. Über Amputationsstümpfe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 121.)

H. erörtert in interessanter und lehrreicher Abhandlung im Allgemeinen die morphologischen und funktionellen Verhältnisse der Amputationsstümpfe mit besonderer Rücksichtnahme auf die Bier'schen tragfähigen Stümpfe. Die anatomische Konfiguration eines Stumpfes steht mit seiner Funktion im engen Zusammenhang, und die eine wird durch die andere bedingt. Bis zu gewissem Grad muss jeder Stumpf konisch werden, so weit dies durch Abmagerung der außer Funktion gesetzten Muskulatur zu Stande kommt. Das Konischwerden des Knochens aber bleibt aus, wenn in diesem die Funktion desselben, d. h. die Tragfähigkeit, die Fähigkeit des direkten Auftretens auf den Boden oder die Prothese, die Fähigkeit direkten Druck auszuhalten erhalten bleibt. Dies ist der Fall bei den Stümpfen nach Exartikulationen, oft — nicht immer — nach Absetzungen durch den Bereich der Epiphysen und mit großer Regelmäßigkeit bei Bier'schen Amputationsstümpfen, wo die Diaphysenquerschnitte osteoplastisch gedeckt sind. Als Beweis für diese morphologische Eigenthümlichkeit der Bier'schen Stümpfe werden die Skiagramme mehrerer Fälle gegeben, welche die von konischer Atrophie freigebliebenen Knochenstümpfe aufweisen. Nur ein Fall zeigt eine solche, hier aber handelte es sich um einen von auswärts übernommenen

und durch schwere Wundheilungsstörungen bereits sehr geschädigten Kranken. Die Bier'schen Kranken konnten aber auch mit ihren Stümpfen direkt auftreten bezw. sich mit ihnen unmittelbar auf die Prothese stützen, wovon auch die den Stumpf drückende Haut durch ihre sohlenartige Verdickung und Derbheit Zeugnis ablegte. Die Tragfähigkeit des Stumpfes erhält dem Knochen die Funktion, und die Bethätigung der letzteren verhütet die Atrophie des Knochens. Die Frage nach der Bedingung für die Tragfähigkeit eines Stumpfes hat Bier dahin beantwortet, dass sie in der Unempfindlichkeit des Stumpfes besteht. Erfahrungsgemäß geht letztere am ersten den Diaphysenstümpfen ab, wahrscheinlich weil hier die Markhöhle quer getrennt wird und der Callus, durch den diese bei den gewöhnlichen Operationsmethoden sich schließen muss, der Regel nach stets empfindlich zu bleiben scheint, schon gegen einfachen Fingerdruck. Untersucht man aber einen gut gelungenen osteoplastisch hergestellten Diaphysenstumpf, so zeigt sich solcher gegen die derbsten Insulte, Druck und Schlag, vollkommen tolerant. Der Vorzug der Bier'schen Methode ist also darin zu sehen, dass sie den empfindlichen Narbencallus der Diaphyse im Stumpf vermeidet. Mit dem funktionellen Resultat der Bier'schen Stümpfe können sich diejenigen anderer gleiche Zwecke verfolgender Operationsmethoden nicht messen, auch nicht die der Bruns'schen subperiostalen Amputation, welche in 81 Fällen nur einen (!) tragfähigen Stumpf lieferte. Bier's Verfahren verdient daher ausgedehntere Annahme in der Praxis; seine Technik ist nicht als eine zu schwierige zu bezeichnen.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

---

23) **E. Casati.** Totalexstirpation der Vena saphena magna.

Ferrara, **G. Bresciani,** 1899. 3 S.

Bei Unterschenkelgeschwüren und Varicen exstirpirt C. die Vena saphena magna in ganzer Ausdehnung von ihrer Einmündung in die Vena cruralis bis zum Unterschenkel herunter mit fast immer vollständigem und dauerhaftem Erfolg. Um den bei dieser Operation sehr langen (70—80 cm) Hautschnitt zu vermeiden, verfährt er jetzt folgendermaßen: 8 cm unterhalb der Schenkelbeuge 4 cm langer Schnitt zur Bloßlegung des Gefäßes. Isolirung desselben möglichst hoch hinauf, Durchschneidung zwischen 2 Klemmen und Anlegung einer Ligatur ans centrale Ende. Isoliren der Vene vom gleichen Schnitt aus möglichst weit abwärts. Beim Anziehen springt dieselbe wie ein gespanntes Seil der ganzen Länge des Schenkels nach vor. Von einem zweiten 4 cm langen Schnitt aus, 4 cm oberhalb des Knies, wird das Gefäß in ähnlicher Weise nach oben und unten theilweise subkutan isolirt und aus der Wunde herausgezogen. Dasselbe geschieht von 2 Incisionen unterhalb des Knies aus, bis die ganze Vene entfernt ist. Die Seitenäste brauchen nicht unterbunden zu werden. Weitere Vortheile der Methode sind, dass die

Wunde nicht bis zur Schenkelbeuge reicht, wo ein abschließender Verband schwer anzulegen ist, und dass eine Narbe am Knie, die leicht gezerrt wird und Schmerzen verursacht, vermieden wird. 3 an 2 Pat. ausgeführte derartige Operationen heilten per primam.

F. Brunner (Zürich).

---

24) **O. Dumesnil** (St. Louis). A rapid and successful treatment of chronic ulcers of the leg.

(St. Louis med. and surg. journ. 1899. März.)

D. empfiehlt folgende Behandlung des Unterschenkelgeschwürs: Reinigung der Umgebung und des Geschwürs mit Sublimatlösung 1 : 1000, Abtrocknen mit Watte, Einpulvern der ganzen Geschwürsfläche mit Antinosin (Natronsalz des Tetra-jodo-phenolphthaleins) und Wattedeckverband. Der gute Erfolg dieser Behandlung wird durch 14 Krankengeschichten belegt. Das Antinosin hat keinerlei üble Nebenwirkung und kann in beliebiger Menge verwendet werden. Es kann auch in starker wässriger Lösung angewendet werden, statt der Sublimatlösung, darüber dann Antinosingaze. Anfänglich verursacht es etwas Brennen, das aber nicht anhält, niemals irgend eine Dermatitis.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

25) **Péraire** et **Mally.** Des formes cliniques et anatomo-pathologiques de la métatarsalgie (névralgie de Morton) et de son traitement chirurgical par la résection des têtes métatarsiennes.

(Revue de chir. 1899. No. 4.)

Der Inhalt der vorliegenden, auf dem letzten französischen Chirurgenkongress zum Vortrag gelangten Abhandlung ist der Hauptsache nach bereits auf p. 461 d. Centralbl. 1899 kurz wiedergegeben worden. Wir verweisen indess noch besonders auf die obige Arbeit, weil sie außer einer größeren Zahl eigener Beobachtungen der Verff. eine Reihe von Röntgographien bringt, die sowohl über die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Metatarsalgie, als auch über Befunde nach Resektion der durch Deformation (Ostitis condensens) und Subluxation veränderten Metatarsalköpfchen Aufschlüsse geben. Dadurch findet die klinische Studie Féré's über die Krankheit (s. d. Centralbl. 1897 p. 844) eine werthvolle Ergänzung.

Kramer (Glogau).

---

26) **Kirchner** (Düsseldorf). Die Fußgeschwulst.

(Vortrag in der Abtheilung für Militärsanitätswesen der 70. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.)

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1899. Hft. 2.)

K. vertritt den Standpunkt, dass es sich in jedem Falle der sogenannten »Fußgeschwulst« um Bruch eines Mittelfußknochens, meist des II., weniger häufig des III., selten des IV., handelt, fast stets am Hals. Nur einmal wurde von K. der Metatarsus V gebrochen

gefunden. Der Bruch erfolgt fast stets auf dem Marsch durch Auftreten auf eine kleine Unebenheit, beim Turnen, Exerciren u. dgl. Außer plötzlichem Schmerz sind Bluterguss, Krepitation und widernatürliche Beweglichkeit auch hier die klassischen Zeichen, ohne dass sie aber stets alle vorhanden sein müssen. Häufig kommen diese Brüche erst in einem späteren Stadium zur Kenntnis des Arztes, in welchem sich bereits ein charakteristischer ringförmiger oder spindelförmiger Callus ausgebildet hat. Ja, K. steht nicht an, diese Form der Verdickung des Knochens als so charakteristisch anzusehen, dass er die Diagnose des vorhergegangenen Bruchs als gesichert annimmt, wenn er sie durch Röntgenaufnahme oder durch Palpation nachgewiesen hat. Meist ist die Röntgenaufnahme übrigens zur Sicherung der Diagnose gar nicht nöthig, die übrigen Zeichen genügen. Die Behandlung mit Ruhigstellung und Hochlagerung genügt stets, um in durchschnittlich 20 Tagen Heilung zu bewirken. Umhergehen bei verzögerter Heilung (Stechow) hält K. für unrichtig.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

27) **Boisson** und **Chapotot** (Paris). Le pied forcé (étude sur la nature et la pathogénie des lésions de l'avant-pied provoquées par la marche chez les fantassins).

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1899. Februar.)

Während die deutschen Militärärzte immer mehr geneigt sind, die Fußgeschwulst nur allein als Folge des Bruchs eines Metakarpalknochens anzusehen, wollen Verff. außer dem genannten Knochenbruch auch eine Gelenkentzündung in einem Metacarpo-Phalangealgelenk als Grundlage des »Pied forcé« zulassen. Bei derartigen Kranken fand sich keinerlei Veränderung des Skeletts; die wiederholte Quetschung der Gelenke bei langem Marsch mit schwerem Gepäck soll die Gelenkentzündung erzeugen. Ein weiterer Unterschied der französischen Anschauung von der deutschen besteht noch darin, dass letztere immer eine kleine Verletzung, Ausgleiten, Anstoßen, Treten auf eine Unebenheit des Bodens, kleinen Stein etc. als unmittelbare Veranlassung des Knochenbruchs annehmen, die beiden französischen Autoren dagegen schon die Marschanstrengung mit schwerem Gepäck allein als hinreichend ansehen, den Knochenbruch zu bewirken. Eine Anzahl Abbildungen nach Röntgenaufnahmen erläutern die Verhältnisse dieses Bruchs, dem eine indirekte Fraktur mehrerer Metatarsalknochen durch ungleichmäßige Berührung des Bodens mit der Fußspitze bei einem Sprung o. dgl., wobei der äußere Fußrand zuerst den Boden berührt, gegenübergestellt wird. Diese letztere Fraktur pflegt nicht, wie die erstere, ohne Veränderung der Gestalt des Fußes und ohne Funktionsstörung zu heilen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Kleinere Mittheilungen.

28) **A. Grosglik.** Ein Fall von frühzeitiger tertiärer Syphilis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 8.)

Ein interessanter Fall von schon $1^1/_2$ Jahr nach der Infektion trotz reichlicher Behandlung aufgetretener Osteoperiostitis syphilitica simplex et gummosa (Tibiaepiphysen), chronischer Gonitis, Sarco- und Hydrocele; guter Erfolg specifischer Therapie.

Jadassohn (Bern).

29) **G. Loewenbach.** Beitrag zur Histologie der gummösen Lymphome.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Die Lymphdrüsenerkrankungen in der Spätperiode der Syphilis sind sowohl klinisch als pathologisch-anatomisch noch sehr wenig bekannt. Nach einer ausführlichen Litteraturübersicht berichtet der Verf. aus der Max Joseph'schen Poliklinik über einen Fall: Bei einem syphilitisch inficirt gewesenen Mann trat ein faustgroßer höckriger Tumor der rechten Axillarlymphdrüsen auf, die einzelnen Drüsen gut von einander abgegrenzt, mäßig derb, die Haut unversehrt. Unter Jodkali Besserung. Exstirpation der Drüsen Behufs histologischer Untersuchung. Sie zeigten sich makroskopisch als derbe, graue, von fibröser Kapsel überzogene bis apfelgroße Knollen, die auf dem Durchschnitt röthlichgrau oder -weißlich, »markig homogen«, »eigenthümlich speckig-wachsartig glänzend« erschienen. Die Kapsel und die Septa setzen sich deutlich ab. Von besonderem Interesse ist das Resultat der mikroskopischen Untersuchung. Das normale Drüsengewebe war so gut wie vollständig zerstört und von einem Gewebe ersetzt, das histologisch einem großzelligen Sarkom oder Endotheliom sehr ähnlich sah. Neben neugebildetem Bindegewebe und sehr zahlreichen epithelioiden Zellen waren »ganz sonderbare Zellen von riesenhaften Dimensionen, an Gestalt rund, ellipsoid, polygonal, kipfelförmig oder ganz unregelmäßig mit reichlichem feiner oder gröber granulirtem Protoplasma und einem außerordentlich großen oder 2—5 sehr großen, intensiv färbbaren, ebenfalls in ihrer Form sehr variablen, oft in Karyokinese befindlichen Kernen und 1—2 hellen Nucleolen« vorhanden. Sarkom konnte aber trotzdem auf Grund des Freibleibens der Drüsenkapsel, auf Grund der Neubildung feiner elastischer Fasern und auf Grund einer Endarteriitis ausgeschlossen werden, so dass auch histologisch per exclusionem die Diagnose auf eine atypische Form von Spätlues gestellt werden konnte — wofür ja auch der klinische Befund und die Besserung durch Jodkali sprach. Das histologische Bild hat große Ähnlichkeit mit einigen Befunden von atypischer Drüsentuberkulose (bei pseudoleukämieähnlichen Fällen).

Der Fall ist ein weiterer Beweis dafür, dass speciell in ihren Atypien die Lues und die Tuberkulose sehr ähnliche Bilder bedingen können.

Jadassohn (Bern).

30) **Schuster.** Bemerkungen zu der die Einreibekur ersetzenden Quecksilbersäckchenbehandlung Welander's.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Die in diesem Journal wiederholt von mir besprochene Methode, das Hg nur durch die Lungenathmung zur Absorption zu bringen, die speciell von Welander ausgebildet ist, wird von dem Verf. auf Grund einiger Beobachtungen einer Kritik unterworfen; S. hat in einem Falle, bei einem mit dem »Hg-Säckchen« behandelten Pat. kein, bei einem anderen wenig Hg im Harn nachweisen können. Er glaubt an die Möglichkeit der Hg-Wirkung auf diesem Wege, hält aber die Methode für verbesserungsbedürftig und die alte Einreibekur vorläufig noch für wirksamer.

Jadassohn (Bern).

31) **Ziegler** (München). Kasuistische Mittheilungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 14, 16, 17.)

a. Carcinoma vesicae felleae et hepatis.

Die Diagnose schwankte in dem Falle zwischen Cholelithiasis mit Entzündung in der Umgebung und maligner Neubildung. Die Operation ergab einen harten, höckrigen Tumor der nicht vergrößerten Gallenblase, welche mit der Leber fest verwachsen war; auf letztere ging die Geschwulst in der Größe von mehr als einer Mannsfaust über, und zeigte in ihrer Nähe noch einen kleinen Knoten. Keilförmige Leberresektion mittels Thermokauters in Breite von 10 cm bei ziemlich starker, indess rasch stillbarer Blutung. Fixation von Jodoformgaze mittels Nähten in den Defekt. Trotz profuser Gallensekretion während der ersten Wochen befand sich die Pat. ziemlich wohl, dann traten neue Beschwerden und Kräfteverfall ein. Tod an Recidiv ca. $4^1/_2$ Monate p. op.

b. Gangrän des ganzen rechten Arms nach subkutaner Zerreißung der Art. axill. bei mehrfachem Bruch der Scapula.

Die Zerreißung war bei dem Pat. wahrscheinlich durch Überdehnung der Arterie über dem abgebrochenen Halsstück der Scapula zu Stande gekommen. Der Radialpuls blieb bis zum Eintritt der Gangrän am 6. Tage erhalten, die Blutung war mäßig, die Anämie des Kranken dagegen hochgradig, an der Verletzungsstelle beträchtliche Anschwellung vorhanden. Heilung nach Exartikulation der Schulter am 15. Tage p. tr. mit vorheriger Unterbindung der Art. subclavia (senkrechter Schnitt und Durchsägung des Schlüsselbeins) und Freilegung ausgedehnter Jaucheherde in der Umgebung der zerrissenen Arterie und intakten Vene.

c. Stichverletzung der Art. subclavia. Nachblutungen. Sekundäre Unterbindung. Heilung.

Auf die Verletzung wiesen die wiederholten schweren Nachblutungen, die hochgradige Anämie, die Richtung und Lage der Wunde, die starke Vorwölbung in der Pectoralisgegend, die Ungleichheit des Pulses, das Gefäßgeräusch neben der heftigen primären Blutung hin. Z. unterband am 19. Tage nach der Verletzung von einem vertikalen Schnitt aus und nach Durchsägung der Clavicula die Arterie und entfernte die massenhaften Blutgerinnsel. Vene und Plexus waren nicht verletzt. Heilung mit beschränkter Bewegungsfähigkeit des Arms.

d. Geheilte Perforation eines Magengeschwürs mit Pylorusstenose nach angelegter Gastroenterostomie.

Der Geschwürsdurchbruch trat am 3. Tage nach Ausführung der Gastroenterostomie (wegen gutartiger Pylorusstenose) ein. Bei der nochmaligen Eröffnung des Leibes fand sich die Serosa injicirt, die Anastomose vollständig dicht, die Perforation mitten in der Narbe am Pylorus 5pfennigstückgroß, in der Bauchhöhle trübe Flüssigkeit und Gas. Naht der Öffnung, Jodoformgazetampon über die Stelle und Schluss der Bauchhöhle. Trotz hochgradigen Collapses erholte sich Pat. Heilung mit Bildung eines Bauchbruches.

e. Carcinoma pylori; hervorragende Besserung durch Gastroenterostomie.

Der bei der Operation nachgewiesene $1^1/_2$faustgroße, harte und höckrige Tumor ist jetzt nicht mehr fühlbar. Pat. hat um über 50 Pfund zugenommen und ist frei von jeglichen Beschwerden. **Kramer** (Glogau).

32) **U. Herzog.** Über traumatische Gangrän durch Ruptur der inneren Arterienhäute.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 3.)

In dem mitgetheilten Falle handelt es sich um einen 32jährigen Mann, der von einem Baumstamm an die Innenseite des linken Knies und Oberschenkels getroffen wurde. Pat. vermochte sofort nicht mehr zu stehen und zu gehen; das Bein schwoll rasch an. Am 3. Tage bemerkte der zugezogene Arzt, der zunächst nur eine Kontusion diagnosticirt hatte, dass sich der Fuß kühl anfühle; am 6. Tage (Aufnahme in die v. Bruns'sche Klinik) wurde eine Gangrän von Fuß



und Unterschenkel konstatirt; der Puls war am Oberschenkel gut nachweisbar, fehlte dagegen in der Kniekehle. Nach 12 Tagen war die Demarkation bereits so weit vorgeschritten, dass die Amputation nach Gritti vorgenommen werden konnte. Hierbei fand sich entsprechend der Kniegelenkslinie ein cirkulärer Riss der Intima und Media der Art. poplitea, oberhalb derselben eine Thrombose des Gefäßes.

Anschließend stellt Verf. 61 Fälle von traumatischer Ruptur der inneren Arterienhäute mit nachfolgender Thrombose aus der Litteratur zusammen. Als Ursache derselben kam vor Allem direkte Einwirkung einer stumpfen Gewalt, daneben auch Zerrung des Gefäßrohrs in Betracht. Am häufigsten war die Art. brachialis, dann poplitea und axillaris ergriffen; in mehr als der Hälfte der Fälle kam es gleichzeitig zu Knochenbrüchen, 8mal zu Verwundungen der Haut, vereinzelt auch zu Verletzungen von Muskeln, Venen oder Nerven. Der Riss erfolgte fast stets in querer Richtung und betraf meistens die ganze Circumferenz der inneren Häute.

Neben einem heftigen Schmerz im Moment des Unfalls bildete das Fehlen des Pulses das wichtigste diagnostische Merkmal.

Was die Folgen der Thrombose anbetrifft, so ist in 23 Fällen Heilung eingetreten; 33mal kam es zu Gangrän. Letztere schien namentlich durch sonstige Nebenverletzungen, insbesondere Riss der begleitenden Venen, dann Atheromatose der Gefäßwände und höheres Alter begünstigt zu werden. In therapeutischer Hinsicht kommt allein Hochlagerung der Extremität in Betracht.

Honsell (Tübingen).

33) **R. Peterson** (Chicago). Peripheral nerve transplantation.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. April.)

Einem 25jährigen Mann waren durch eine Kreissäge die Sehnen auf der Ulnarseite des rechten Handgelenks, ferner die Art. und der N. ulnaris und der N. medianus an dieser Stelle durchtrennt worden. $^1/_2$ Jahr nach der Verletzung legte P. unter Esmarch'scher Blutleere die kolbig verdickten Enden der Nerven bloß. Nach Resektion derselben betrug der Zwischenraum zwischen proximalem und distalem Ende $3^1/_2$ cm, zu dessen Überbrückung P. je ein Stückchen vom N. ischiadicus eines jungen Hundes verwandte. Die Wunden eiterten oberflächlich. Der Enderfolg war, die Sensibilität betreffend, ein ausgezeichneter, die Motilität aber dauernd erheblich geschädigt.

Aus seiner eigenen Beobachtung, so wie aus 20 ähnlichen, der Litteratur entlehnten Fällen schließt Verf.:

1) Die Transplantation eines Nervenstückchens in der angegebenen Weise ist ein berechtigter Eingriff.

2) Unter günstigen Verhältnissen kann partielle oder gar vollkommene Wiederherstellung der Sensibilität und Motilität eintreten.

3) Die Regeneration findet statt durch Herunterwachsen der Achsencylinder aus dem centralen Ende.

4) Empfindung tritt in der Regel früher ein als Bewegung.

5) In manchen Fällen ist die sehr früh auftretende Rückkehr der Motilität auf vikariirende Bewegung anderer Muskeln und nicht auf Regeneration der gelähmten Muskeln zu beziehen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

34) **Schlenzka.** Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Diagnostik und Therapie der Frakturen.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1899.

S. schildert an einer Reihe von Beobachtungen aus der Greifswalder Klinik den Werth des Röntgenverfahrens, besonders dessen Bedeutung für die Beurtheilung von Unfallverletzungen. Die Fälle sind gut ausgewählt, und verdient der eine und der andere gewiss Interesse. **Bähr** (Hannover).

35) **B. Honsell.** Enchondrom des Deltamuskels.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

Verf. beschreibt einen 2faustgroßen, harten Tumor, der bei einem sonst ganz gesunden 27jährigen Müller an der Vorderseite der rechten Schulter, auf der Unterlage gut verschieblich, saß. Pat. hatte auf der kranken Schulter mehrfach schwere Lasten getragen.

Der Tumor ließ sich leicht aus dem Deltamuskel, von dem er auf allen Seiten umgeben ist, ausschälen; nur an einer Stelle fanden sich Verbindungen mit dem Muskel.

Bei der Untersuchung erwies sich der Tumor als reines Enchondrom.

H. spricht sich für die Entwicklung des Tumors aus verirrtem embryonalem Knorpelkeim und gegen die Annahme eines Übergangs von Bindegewebe in Knorpel aus.

H.'s Fall ist der zweite bisher beobachtete eines Muskelenchondroms.

Payr (Graz).

36) **Stich.** Aneurysma der Art. axillaris dextra. Hirnembolie; Nachblutung; Heilung. (Aus der chirurg. Klinik zu Erlangen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 17.)

Das Aneurysma war durch eine Schussverletzung der Art. axillaris zu Stande gekommen, durch seine Ruptur dann noch ein großes, retroaxillares, arterielles Hämatom, welches mit jenem kommunicirte, aufgetreten. Das Geschoss hatte neben der Art. axill. auch den N. medianus geschädigt. Vorübergehend kam es zu Thrombose der Arterie und zu Verschleppung eines Thrombentheils in die Art. anonyma; die Erscheinungen von »Kalt- und Weißwerden«, so wie von Lähmung des Arms gingen indess bald wieder zurück. Von weiterem Interesse ist in dem Falle das Auftreten eines apoplexieartigen Anfalls mit gegenseitiger Hemiplegie, wohl als Folge einer Embolie der Art. fossae Sylvii durch einen Thrombentheil; aber auch dessen Wirkungen wurden größtentheils rückgängig. Die Operation wurde in der Weise ausgeführt, dass zunächst die Art. subclavia freigelegt und mit einer offenen Katgutschlinge umgeben, danach die Artt. axillaris ober- und unterhalb des kleinen Aneurysmas unterbunden wurde, worauf dieses, wie das nicht abgesackte Hämatom, zusammenfiel. Prima intentio-Heilung. 20 Tage p. op. erfolgten wiederholt Nachblutungen aus der das Hämatom eröffnenden Wunde, die, während auffallenderweise weder die Ligatur der Subclavia dicht vor dem Schlitz der Scaleni, noch die der Axillaris oberhalb der früheren centralen Ligatur Erfolg hatten, erst nach Unterbindung der Axillaris unterhalb der Clavicula und oberhalb des Pectoralis major zwischen den Art. thoracicae zum Stillstand kamen, indem der Strom in der das Hämatom und Aneurysma versorgenden Art. thoracoacromialis unterbrochen wurde. Heilung ohne Gangrän des Arms trotz dieser vielfachen Ligaturen und der ausgedehnten Umschneidung der Schulter.

Kramer (Glogau).

37) **Ollier** (Lyon). Nouveaux faits relatifs à la résection sous-périostée du coude.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 23.)

O. machte die Sektion eines Mannes, dem er vor 28 Jahren das linke Ellbogengelenk wegen tuberkulöser Zerstörung subperiostal resecirt hatte. Der Tod des Pat. erfolgte in Folge von Wirbelcarcinom. Der Fall war klinisch sowohl in orthopädischer wie funktioneller Hinsicht einer der besten, den O. je gehabt. Es hatte sich ein festes, neues Ellbogengelenk gebildet, das einen vollendeten Ginglymus repräsentirte. Pat. konnte mit ausgestrecktem Arm ein Gewicht von 17 kg tragen. Die Autopsie des Gelenks zeigte die vollendete Wiederherstellung der resecirten Knochen. Das Olekranon war viel stärker als auf der rechten Seite; dieses, so wie die Fossa sigmoidea und der Proc. coronoides waren vom Unterarm aus neugebildet; am Oberarm ließen sich die Grenzen zwischen altem und neuem

Knochen kaum mehr feststellen. Die Gelenkfläche war nicht knorpelig, sondern aus glatt polirtem, wie Porzellan aussehendem Knochen gebildet; sie artikulirte auf einem zwischen Humerus und Cubitus eingefügten fibrösen Meniscus.

Der Fall ist ein schönes Beispiel für die möglichen Dauerresultate der Resektionen bei Gelenktuberkulose. **Jaffé** (Hamburg).

38) **C. Féré.** La luxation métacarpo-phalangienne habituelle du pouce d'origine dystrophique.

(Revue de chir. 1899. No. 2.)

F. hat die habituelle Daumenluxation nach hinten unter 218 Fällen von Idiotie, Dementia und Epilepsie 38mal, darunter in 18 beiderseits beobachtet; unter den 20 einseitigen Daumenverrenkungen waren 14 links- und nur 6 rechtsseitige. Ferner sah er sie unter 16 Fällen infantiler Hemiplegie 5mal an der gelähmten Seite. Auf Grund dieser Beobachtungen nimmt F. für die Fälle eine embryonale oder fötale Dystrophie als Ursache an. **Kramer** (Glogau).

39) **Grünwald.** Zwei Fälle von isolirtem subkutanem Bruch des Kahnbeins im Handgelenk, durch Röntgenstrahlen nachgewiesen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 5.)

Verf. bringt die Röntgenbilder vorerwähnter Fraktur, welche das Kahnbein etwa in der Mitte seines Längendurchmessers durchsetzt. In beiden Fällen war die Ursache Sturz auf die vorgestreckte Hand. Die vorhergehende Diagnose war Verstauchung des Handgelenks. **Bähr** (Hannover).

40) **S. Gjorgjević.** Ein Fall von erblicher Polydaktylie.

(Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 1898. No. 11. [Serbisch.])

Der Pat. hat an den Füßen und Händen je 6 Finger. Der Fall ist in so fern interessant, als sein Großvater 6 Finger hatte und auch eine Schwester dieselbe Anomalie zeigt. **v. Cačković** (Agram).

41) **W. W. Cheyne.** Two cases of coxa vara, showing the result of division of the femur below the trochanters.

(Brit. med. journ. 1899. Februar 18.)

C. hat in 2 Fällen von hochgradiger Coxa vara die Osteotomia subtrochanterica mit gutem Erfolg ausgeführt. — Der 1. Fall, wohl einer der am frühesten in dieser Weise operirten, stammt aus dem Jahre 1893 (Januar) und wurde seiner Zeit unter dem Namen »Auswärtsrotation der Beine« veröffentlicht. C. hat die Operation in der Weise ausgeführt, dass er nach Durchtrennung des Femur und Korrektion der Auswärtsrotation die Stellung durch Übernageln einer länglichen Aluminiumplatte über die Frakturstelle fixirte. Die Pat., die vorher nicht gehen konnten, zeigten späterhin eine völlig normale Beinstellung, Auswärts- und Einwärtsrotation war möglich, die Funktion ausgezeichnet. C. war besonders auffallend, dass bei doppelseitiger Erkrankung auf der operirten Seite der Erweichungsprocess zum Stillstand kam, und Ausheilung eintrat, während auf der nicht operirten Seite die Deformität weitere Fortschritte machte.

F. Krumm (Karlsruhe).

42) **Kissinger.** Pseudospastische Parese.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 3.)

Verf. bringt die ausführliche Krankengeschichte eines 50jährigen, früher vollkommen gesunden, erblich nicht belasteten Mannes, welcher im Anschluss an einen Fall auf die rechte Hüfte an einer pseudospastischen Parese mit Tremor erkrankte. Unter näherem Eingehen auf früher veröffentlichte Fälle dieser Erkrankung kommt er zur Ansicht, dass bis jetzt jede objektive Anhaltspunkte zur Unterscheidung, ob traumatische Entstehung vorliegt oder nicht, fehlen, dagegen



nach den bisherigen Beobachtungen viele Monate zwischen dem Unfall und dem objektiv nachweisbaren Beginn der Erkrankung liegen können. Die Prognose hält er im Allgemeinen für ungünstig. **Motz** (Hannover).

43) **Linow.** Zur Symptomatologie der Schenkelhalsbrüche.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 4.)

Verf. führt unter Beifügung eines Röntgenbilds einen Fall von Schenkelhalsbruch an, bei dem der Verletzte noch im Stande war, einige Zeit weiter schwere Arbeit zu verrichten. Er führt diesen Umstand auf Einkeilung der Fragmente zurück und warnt vor Fehldiagnosen, welche sich auf die Annahme der vollständigen Gebrauchsunfähigkeit des betreffenden Beins bei Schenkelhalsbruch gründen. Im vorliegenden Falle war die vorhergehende Diagnose Verstauchung und Hüftgelenksentzündung gewesen. **Motz** (Hannover).

44) **Vulpius.** Trauma und Gelenkmaus.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 4.)

Verf. führt 4 Fälle von Gelenkmaus des Kniegelenks an. Fall I, III und IV führt er auf ein Trauma, Fall II auf eine schon vorher bestehende Entzündung des Gelenks, zu der ein Trauma hinzugekommen, zurück. Bei Fall I, III und IV erfolgte glatte Heilung, bei Fall II wurde in Folge starker Veränderungen an den Gelenktheilen eine Versteifung des Gelenks erzielt.

Verf. weist darauf hin, in wie verschiedener Weise die Mausbildung mit einer Gelenkverletzung in Zusammenhang stehen, und wie wechselnd die Beurtheilung der Gelenkmaus als Unfallfolge sich gestalten kann. **Motz** (Hannover).

45) **J. Riedinger.** Zur Entstehung der traumatischen Gelenkkörper des Kniegelenks.

(Sitzungsberichte der phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1898. No. 4.)

Nach kritischer Würdigung der bisherigen Ansichten bringt R. 3 ausführliche Beobachtungen für die traumatische Entstehung. In allen handelt es sich um Aus- resp. Absprengungen aus dem unteren Femurende. Nach eingehenden Bemerkungen über den speciellen Mechanismus nimmt R. für 2 Fälle an, dass es sich bei der Entstehung um Bewegungen unter abnormen Druckverhältnissen handelte, und misst der Kniescheibe die Hauptrolle zu. Analog wie bei dem Zustandekommen der Patellafraktur wird bei der Muskelhemmung die Kniescheibe auf den Kondylen des Oberschenkels fixirt, und die forcirte passive Kniebeugung vollführt die Absprengung des Gelenkkörpers.

Für den 3. Fall macht R. einen Luxationsmechanismus der Patella verantwortlich. Letztere stemmt sich gegen den oberen lateralen Winkel der Gelenkfläche, und die Streckung aus gebeugter Kniestellung bewirkt die Absprengung.

Der Nachweis von Bandresten kann nach R. nur für einen lokalen Zusammenhang, nicht für einen ursächlichen sprechen. **Bähr** (Hannover).

46) **D. Sergi-Trombetta** (Messina). Tumor albus des Knies und Röntgenstrahlen.

(Policlinico 1898. Oktober 15.)

Bericht über 4 Fälle von Tumor albus genu bei Kindern, die der Radiographie unterworfen wurden; Expositionszeit: 20 Minuten. In 2 Fällen handelte es sich um gleichzeitige Erkrankung aller am Kniegelenk betheiligten Knochen (Tibia, Patella und Kondylen des Femur); die befallenen (erweichten) Partien zeigten hier eine deutliche Transparenz, ihre Schattenbilder erschienen heller als der normale Knochen, und ihre Grenzen gegenüber den Weichtheilen waren mehr oder weniger verwischt. In einem anderen Falle war die Erkrankung auf die Kondylen des Femur beschränkt; auch hier ergab sich dasselbe Bild: Transparenz der afficirten Theile, undeutliche Kontouren. Endlich noch ein Fall von knöcherner Ankylose

des Kniegelenks; hier waren die Schatten der Knochen total mit einander verschmolzen, so dass nichts mehr vom interartikulären, transparenten Gewebe zu sehen war. In allen Fällen wurde die Röntgendiagnose durch die Operation bestätigt. Die beigefügten Photogramme lassen den Befund mehr oder weniger deutlich erkennen. Verf. kommt zu dem Schluss, dass es mittels der X-Strahlen möglich sei, die tuberkulösen Erkrankungen der Knochen in Bezug auf Sitz und Ausdehnung zu bestimmen; eben so gelingt es, die Natur einer Ankylose (ob knöchern oder nicht) festzustellen. Dagegen lassen sich die tuberkulös-fungösen Erkrankungen der Weichtheile radioskopisch nicht erkennen.

H. Bartsch (Heidelberg).

47) **H. Kaposi.** Zwei bisher nicht beobachtete Unfälle nach modellirendem Redressement. (Aus der Heidelberger chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 23.)

Bei dem einen Falle, einem 15jährigen Pat., trat nach vorsichtiger, nicht gewaltsamer Korrektur seiner Plattfüße eine akute eitrige Osteomyelitis am rechten Os cuboides auf, die nach Incision und Entleerung des Eiters — nebst nekrotischen Knochenstückchen — allmählich zurückging; ein Senkungsabscess in der Fußsohle mit neuen schweren Fiebererscheinungen erforderte einen 2. Eingriff. Heilung nach Abstoßung des ganzen Os cuboides mit Verschlimmerung der Valgusstellung des Fußes. Der Ursprung der Infektion ist in dem Falle unklar geblieben. — Bei der anderen Pat. stellten sich nach modellirendem Redressement eines Klumpfußes nebst Tenotomie der Achillessehne und Plantarfascie zunächst Schmerzen, nachher aber an ihrer Stelle Parästhesien, Kribbeln, Ameisenlaufen im Gebiet des — durch Überdehnung wahrscheinlich gereizten — N. plantaris int. ein, die erst nach 6 Monaten vollständig schwanden, die Pat. indess sehr herunterbrachten. Dafür war das Endresultat des Klumpfußredressements ein vorzügliches.

Kramer (Glogau).

48) **F. Kaijser.** Några ord om underbens amputationer enligt Bier.

(Upsala Läkareфören. Förhandl. N. F. Bd. IV. p. 85.)

Verf. giebt zuerst eine kurze Übersicht der bekannten Bier'schen Methode der osteoplastischen Unterschenkelamputation und veröffentlicht dann einen Fall, in welchem er sich bemüht hat, einen tragfähigen Amputationsstumpf herzustellen. Pat. wurde Ende Mai v. J. operirt; die Heilung geschah per primam. Anfang Juni wurde ein Skiagramm des Stumpfes genommen. An diesem sieht man, dass der transversale, bei der Operation im Zusammenhang mit Periost und Haut genommene Theil der Tibia der Fibula nicht anliegt, sondern sehr bedeutend klafft. Dieses ungünstige Resultat der Osteoplastik kann man wahrscheinlich 2 Umständen zuschreiben, 1) dass die beiden Unterschenkelknochen nach der Operation aus einander gewichen sind, 2) dass der Stumpf der Fibula nicht hoch genug oberhalb der Basis des Haut-Periost-Knochenlappens abgesägt worden ist — Umstände, auf welche Bier schon wiederholt die Aufmerksamkeit gelenkt hat.

A. Hansson (Cimbrishamn).

Berichtigung.

p. 585 im Inhaltsverzeichnis und p. 606 Z. 6 v. u. lies Zahradnicky statt Jahradnicky.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30. Sonnabend, den 29. Juli. 1899.

Über die schubweise auftretende entzündliche Schwellung bei Lymphangiomen.

Von

Prof. Dr. **Tavel** in Bern.

Die Dissertation von Wieschebrink, die mir im Original und durch das Referat von Haeckel zugänglich war, so wie die Arbeit

von Küttner veranlassen mich, eine diesbezügliche Beoba
hier mitzutheilen, die zu den puncto Ätiologie der entzün
Schübe der Lymphangiome bisher negativen Mittheilungen
positiven Beitrag liefert.

Liest man die Beobachtungen, die Wieschebrink in
Dissertation anführt, so muss man sich einigermaßen wunder
die Ätiologie dieser schubweise auftretenden entzündlichen S
lung bei Lymphangiomen bis jetzt so dunkel geblieben ist, w
seit mehr als 10 Jahren alle Entzündungen im Gebiet der Ch
in ätiologischer Beziehung ziemlich regelmäßig untersucht word

Die Erklärung liegt darin, dass die ersten angeführten
von Wieschebrink aus den vorbakteriologischen Jahren sta
während allerdings die zwei letzten aus den Jahren 1885 un
herrühren, eine Zeit, wo schon die meisten Vorstände von ch
schen Kliniken ihre Aufmerksamkeit auf die Ätiologie de
zündungen lenkten; es scheint jedoch auch hier keine Unters
vorgenommen worden zu sein, und auch aus der sonstigen Lit
ist mir kein Fall einer Untersuchung über diesen bei Lymphan
interessanten und wichtigen Punkt bekannt; auch die Arbe
Küttner, die eine Infektion der Geschwulst als Ursac
Schwellung annimmt, giebt zur Stütze seiner Behauptung kei
obachtung, sondern basirt diese Hypothese auf Analogien.

Wieschebrink macht auf die Ähnlichkeit des entzün
Schubes mit der erysipelatösen Entzündung aufmerksam, wi
der Ansicht von Wegner, dass es entzündungserregende
sind, die diese akuten Schübe veranlassen, nicht huldigen, un
hauptsächlich auf die Thatsache gestützt, dass bis jetzt in
Falle eine Verbreitung der erysipelatösen Entzündung üb
Grenzen der Geschwulst beobachtet wurde. »Auch,« fährt e
»nach der Ansicht des Herrn Prof. Riedel hat die zwa
sipelartige Anschwellung des Lymphangioms mit dem Strepto
erysipelatoides nichts zu thun, sondern steht in Parallele mit
serösen (resp. katarrhalischen) Gelenkentzündungen, bei denen
noch nie Mikroorganismen nachgewiesen sind, die mehr als Au
specifischer Gewebsleistungen aufzufassen sind, vielleicht b
durch irgend welche chemische Einflüsse, die sich unserer Ke
noch gänzlich entziehen. Vielleicht dürfte hier auch di
Wernher für die bei der Elephantiasis ähnlich wie bei den L
angiomen auftretende periodische entzündliche Schwellung ge
Erklärung Erwähnung finden, da ja auch in pathologisch-anatom
Beziehung das Lymphangiom der Elephantiasis sehr nahe
Nach der Auffassung Wernher's bewirkt die bei der Elepha
in so großem Übermaß angesammelte Lymphe eine Anschw
und giebt durch die Spannung der überfüllten Gewebe den
der zeitweiligen Irritations- und Fieberzustände.«

Dass der entzündliche Process, auch wenn er bakterieller
ist, sich nicht über die Grenzen der Geschwulst erstreckt, ka

doch nicht wundern; beim Erysipel geht doch auch relativ selten die Entzündung über die Grenzen der Lymphbahnen hinaus; und dass hier der Process auf die abnorm dilatirten, kavernösen oder cystisch entarteten Lymphdrüsen beschränkt bleibt, kommt mir im Gegentheil als etwas ganz Natürliches vor; das Gleiche sehen wir ja auch bei den meisten Organen: die Strumitis, falls sie nicht zur Vereiterung kommt, bleibt ja auch gewöhnlich auf die Struma beschränkt und invadirt höchst selten das normale Thyreoideagewebe oder die umgebenden Gewebe, und gerade das Beispiel der Strumitis, d. h. der Entzündung der pathologisch entarteten Thyreoidea, scheint uns sehr geeignet für das Verständnis der Ursache der Disposition des Lymphangioms für die bakterielle Entzündung. Wir wissen nämlich, dass außer bei sehr schweren allgemeinen Erkrankungen wie Pyämie, Variola etc. die hämatogene Infektion der normalen Thyreoidea nie beobachtet wird, sondern dass nur die strumöse Thyreoidea befallen wird. Dass bei den Lymphangiomen die Vereiterung ohne Durchbruch nach außen, d. h. die allmähliche Resorption der Entzündung, häufiger vorkommt als bei der Struma oder in anderen Organen, kann uns ebenfalls nicht wundern, wenn man bedenkt, dass gerade das Lymphsystem ganz speciell für den Kampf gegen die Bakterien eingerichtet ist.

Die anderen von Wieschebrink gewählten Analogien, die er zur Stütze seiner Theorie der nicht bakteriellen Ursache der Lymphangiomentzündung heranzieht, sind seit dem Jahre 1892 hinfällig geworden, auch wenn man annehmen wollte, dass sie damals noch haltbar waren. Dass z. B. die akute seröse Gelenkentzündung meistens, wenn nicht immer, durch die Entwicklung eines Bakterienherdes bedingt ist, bezweifeln wohl nur noch Wenige, nachdem die ersten Arbeiten von Sahli, Buday, Bouchard, Weichselbaum und Netter durch eine große Reihe von Beobachtern seither bestätigt worden sind.

Gegen seine Theorie konnte Wieschebrink auch kein besseres Beispiel als die Elephantiasis angeben, indem es seit den Arbeiten von Achalme und Sabourand als nachgewiesen zu betrachten ist, dass die Elephantiasis nostras als ein »Erysipele à répétition« aufzufassen sei, das durch den Streptococcus hervorgerufen wird. Auch hier bleibt das Erysipel auf das abnorm dilatirte und veränderte Lymphgefäßgebiet beschränkt.

Was nun die Eingangspforte für die Bakterien betrifft, so nimmt Wegner an, dass sie durch oberflächliche Hautverletzungen in die Geschwulst eindringen: »diese Eingangspforten sollen entweder auf rein traumatischem Wege entstehen oder auch dadurch, dass blasig ausgedehnte Lymphkapillaren, wie z. B. an den Papillen der Zunge, nachdem sie die Grenzen des Bindegewebes und Epithels durchbrochen haben, in letzteres hineingehen und so schließlich an der Oberfläche bersten«. Für viele Lymphangiome sind sicherlich auch die Schleimhäute, und zwar wahrscheinlich oft die normalen Schleim-

häute eine Eintrittspforte für Mikroorganismen, die unter nor
Verhältnissen einfach zu Grunde gehen, die aber beim Passire
abnormen Lymphwegen günstige Verhältnisse finden und zu
wicklung gelangen.

Gerade bei Lymphangiomen der Halsgegend kommen hi
Schleimhäute der oberen Theile des Respirations- und Verda
tractus in Frage, von welchen man weiß, dass sie normalit
Sitz von Streptokokken sind. Dies setzt natürlich einen Zusa
hang des normalen Lymphgefäßnetzes mit dem pathologisc
änderten voraus; in vielen Fällen ist nun dieser Zusammenha
einiger Aufmerksamkeit nachzuweisen, so speciell in unserem

Gegen die Ansicht von Riedel und Wieschebrink spr
übrigens auch die Fälle von spontanem Aufbrechen der entzün
Geschwülste mit Eiterabsonderung. Diese Eiterung ist alle
kein absoluter Beweis für die bakterielle Natur der Entzün
Wir wissen nämlich (und meine Untersuchungen »über die
logie der Strumitis« sind ein Beweis dafür), dass es sp
Eiterungen ohne Bakterien giebt, wie man sie ja experimentell
Injektion von Terpentin und anderen reizenden Substanzen erz
kann. Die Vereiterung und der Durchbruch eines Lymphan
ist also, bei fehlender bakteriologischer Untersuchung, kein abs
Beweis für die infektiöse Natur der Entzündung.

Nichtsdestoweniger nehmen die meisten Autoren mit Kü
an (Wegner, Trendelenburg, Esmarch, Kulenka
Hahn), dass die entzündlichen Schwellungen infektiöser Natur
»Mir«, sagt Küttner, »will es viel einfacher und plausibler ersch
für alle Fälle eine Infektion anzunehmen, welche eben, wie
andere Infektion auch, verschieden schwer verläuft, in leichten
zu einer von selbst zurückgehenden entzündlichen Schwellun
schweren Fällen jedoch zur Vereiterung, ja zu septischer Allg
infektion führen kann.«

Als Wege der Infektion nimmt Küttner die von W
schon hervorgehobene Ansicht der direkten Infektion durch
Läsionen an, meint außerdem, dass »der Import der Entzün
erreger auch durch die Lymphbahnen stattfinden kann« und
letztere Ansicht auf die feststehende Thatsache der Kommuni
der kavernösen Hohlräume des Lymphangioms mit Lymphge
die sowohl durch klinische Erscheinungen, wie auch durch an
sche Untersuchungen nachgewiesen ist.

Es ist nicht mein Zweck, hier alle die Gründe, die dafü
diren, wiederzugeben. Küttner hat in seiner Arbeit diese
gründlich diskutirt und durch Analoga anderer infektiöser Pr
im Lymphgefäßgebiet gut belegt; ich möchte mich also dam
gnügen, durch die Darstellung eines von mir beobachteten
den Nachweis zu liefern, dass die schubweise auftretende Entzü
des Lymphangioms infektiöser Natur sein kann und wohl au
den meisten Fällen ist.

Es handelt sich um einen 4 Monate alten Knaben.

Anamnese: Bei der Geburt soll das Kind einen großen, rechtsseitigen Kropf gehabt haben, der auf Jodkalibehandlung zurückging; es entstand aber bald nachher eine Schwellung auf der linken Halsseite unter dem Unterkiefer, die stets zunahm.

Anfangs März 1894 hat die Geschwulst ohne weitere Ursachen stärker zugenommen, und es haben sich Athembeschwerden eingestellt, die aber wieder zurückgingen.

Ende März hat das Kind etwas Bronchialkatarrh; die Geschwulst nimmt wieder zu, das Kind hat etwas Fieber.

Herr Dr. v. Werdt, der behandelnde Arzt, zieht mich zur Konsultation bei.

Status vom 1. April. Die Geschwulst hat eine etwas unregelmäßige Oberfläche, reicht vom Unterkiefer bis zur Clavicula und vom Kehlkopf bis etwas hinter den Processus mastoideus. Die Konsistenz derselben ist weich elastisch, stellenweise etwas härter; bei Druck bemerkt man eine leichte Abnahme im Umfang der Geschwulst; der Druck ist stellenweise, besonders direkt unter dem horizontalen Kieferast, empfindlich und verursacht Schreien. Das Kind hält den Kopf nach rechts gedreht und athmet in dieser Lage entschieden besser, obgleich auch so eine deutliche stenotische Athmung zu bemerken ist. Eine Punktion der Geschwulst ergiebt eine fast klare, leicht opalescirende, farblose Flüssigkeit, die mikroskopisch nur einige Leukocyten und Pflasterepithelien enthält.

Beim Kochen gerinnt die Flüssigkeit sofort. Die schon vorher auf Lymphangiom festgestellte Diagnose wird dadurch bestätigt.

Wir beschließen, den akuten Schub und die Bronchitis vorübergehen zu lassen und dann die Entfernung der Geschwulst vorzunehmen. In den folgenden Tagen nimmt die Geschwulst wieder ab, das Kind befindet sich ohne weitere Therapie wohler; am 8. April Morgens ist das Kind noch wohl, am Abend aber bekommt es eine heftige Dyspnoë, und während der Nacht musste Dr. v. Werdt zu wiederholten Malen wegen Erstickungsgefahr den Kiefer zur Erleichterung der Athmung vorziehen.

Am 9. ist der Zustand immer noch sehr schlecht, das Kind athmet schwer, die Geschwulst hat stark zugenommen.

Am 10. ist die Athmung wieder besser, die Geschwulst wächst nicht mehr, die härtere Stelle unter dem Kieferwinkel ist noch empfindlicher; am Abend ist die Temperatur 38,7, der Puls 152.

Trotz des sehr bedenklichen Zustands wird die Excision der Geschwulst, die jetzt dringend indicirt erscheint, ohne vorherige Tracheotomie beschlossen.

Temperatur am 11. April Morgens 36,7, Puls 128, Operation 11. April 1894. Chloroformnarkose. Herr Dr. v. Werdt und Herr Dr. Krumbein assistirten mir.

Bogenschnitt mit Konvexität nach unten, unter dem Kinn in der Mittellinie beginnend; der tiefste Punkt des Lappens liegt in der Höhe des Cricoknorpels, der Schnitt geht bis zum Processus mastoideus.

Die Geschwulst wird auf den ganzen vorderen Umfang von der Haut leicht gelöst; die Lösung der Geschwulst vom Larynx und vom Ösophagus bietet schon mehr Schwierigkeiten; gleich nach der Lösung ist aber die Athmung viel besser; auch gegen den Rachen zu ist die adhärente Geschwulst nicht leicht abzupräpariren; nach unten reicht der Tumor bis zum Bulbus, ohne mit ihm verwachsen zu sein, so dass hier die Lösung ohne Schwierigkeit auszuführen ist. Nach hinten reicht die Geschwulst bis hinter den Sternocleidomastoideus, und es erscheint vorsichtiger, 2—3 kleine getrennte Cysten, die hinter dem Muskel fühlbar sind, zurückzulassen, da die Excision derselben die Anlegung eines neuen Schnitts benöthigt hätte, und der sonstige Zustand des Kindes die Verlängerung des ohnehin schweren Eingriffs nicht wünschenswerth machte.

Nach Entfernung der Geschwulst, die die Unterbindung der Thyreoidea superior, der Lingualis und der Facialis erforderte, lag die Carotis communis auf eine lange Strecke frei. Unter derselben und unter dem Vagus fühlt man noch eine gespannte Cyste, die mit der Arterie und dem Nerven so verwachsen ist, dass

eine Excision unmöglich erschien, wesshalb von vorn herein darauf v
und die Cyste mit einem kleinen Messer punktirt wurde; es entleert sich sch
Eiter, der aufgefangen wird.

Salz-Sodalösungirrigation, keine Antiseptica, Drainage der vereitert
und Tamponade der Wunde mit Thymolgazestreifen in der Umgebung de
Naht der Wunde bis auf einige Centimeter in der Mitte.

Der Heilungsverlauf war sehr einfach.

Die höchste Temperatur bis zum 24. April war 36,0, während am
vorher noch eine Temperatur von 38,7 bestand; auch der Puls bewegte
zwischen 100—120. Am 13. wurden die Tampons weggenommen, am
Drainage, es eiterte noch einige Tage im Drainkanal; am 28. sistirte jede S
das Kind nahm rasch wieder zu.

Interessant ist die Thatsache, das die hinter dem Sternocleidoma
zurückgelassenen Cysten spontan vollständig zurückgingen.

In diesem Falle war die Kommunikation der Geschwu
dem Lymphsystem aufs deutlichste zu sehen, indem vom
her ein großes Lymphgefäß in den oberen vorderen Pol d
schwulst eindrang; ferner war am hinteren Umfang der Gesc
während der Operation ein federkieldickes Gefäß zu sehen,
der Exspiration sich stark blähte und bei der Inspiration zusa
sank; die Blähung dieses Gefäßes war zeitweise mit einer Zu
der Geschwulst verbunden. Zuerst glaubte ich wegen der Ri
und der Lage an die Jugularis interna, die Narbe aber, fer
Konstatirung, dass das Gefäß sich in der Geschwulst verlor,
doch die Annahme eines Lymphgefäßstammes als wahrsch
erscheinen; die Unterbindung des Gefäßes bestätigte unsere A
dass es sich um den Truncus jugularis handelte.

Außer der zurückgelassenen vereiterten Cyste unter der
wurde noch beim Durchschneiden der excidirten Geschwul
vereiterte Cyste mit schleimig-eitrigem Inhalt am oberen Pol der
der empfindlichen Stelle unter dem Kiefer entsprechend, ge

Während der Operation wurde etwas Eiter aus der Cys
gefangen und nachher bakteriologisch untersucht.

Im Eiter waren nur Diplo- und Streptokokken vorhanden
Impfungen ergaben eine Reinkultur von Streptokokken.

Hiermit ist die Ätiologie der akuten entzündlichen Schwel
in diesem Falle erklärt.

Es entsteht hier nun die Frage, wie sich die Cysten inf
Kann man, nach der Hypothese von Wegner, annehmen, d
Kokken durch oberflächliche Verletzung der Haut eingedrungen
Diese Annahme erscheint etwas gewagt. Wir können uns
vorstellen, dass Kokken durch die multilokuläre Cyste bis
tiefste Cyste durchgewandert sind, während die bei der Op
gefundenen Verhältnisse, und zwar die zuführenden Lymphw
oberen Pol, die Kommunikation der Geschwulst mit dem no
Lymphgefäßsystem, die Wahrscheinlichkeit sehr plausibel m
dass die Infektion durch die Vermittlung des Plexus jugulari
fand und vom Mund oder dessen Nebenhöhlen herkam.
auch hier sehr interessant zu konstatiren, dass eine einfache

tion der Geschwulst über die Ätiologie der entzündlichen Schwellung keinen Aufschluss geben konnte, indem die inficirten Theile einer derartigen Untersuchung ganz unzugänglich waren.

Man wird auch zugeben müssen, dass, wenn eine derartige Geschwulst nur an einzelnen Stellen sich inficirt, und die Infektion dort lokalisirt bleibt, es noch unwahrscheinlicher ist, dass die Infektion die Grenzen derselben überschreitet. Ich erinnere in dieser Beziehung noch einmal an die Verhältnisse der Struma und der Strumitis, die eine große Analogie zeigen.

Man wird sich vielleicht wundern, dass in diesem Falle die Desinfektion der Wunde, welche durch die Eröffnung der inficirten Cyste unter der Carotis ebenfalls inficirt werden musste, so wenig berücksichtigt worden ist, da eine Salz-Sodalösungirrigation selbstverständlich gar nicht im Stande ist, eine Abtödtung der in die große Operationshöhle eingedrungenen Streptokokken zu Stande zu bringen. Wir sind hier vom Gesichtspunkt ausgegangen, dass die Nähe eines Infektionsherdes durch die allmähliche Bakteriengiftdiffusion einen gewissen Grad von lokaler Immunität herbeiführt, so dass bei nicht geschädigten Geweben dieselben der Wirkung der Streptokokken Stand halten. Wir haben diese Erfahrung schon mehrfach bei anderen Infektionsherden gemacht, so speciell bei Osteomyelitis, wo wir principiell nach breiter Eröffnung der Höhle nie antiseptische Irrigationen vornehmen und dabei die Beobachtung gemacht haben, dass die Wundheilung immer einen viel glatteren Verlauf nimmt, als nach einer Desinfektion à outrance, die gewöhnlich die Gewebe schädigt, ohne die Kokken abzutödten, so dass nach dieser Maßnahme gewöhnlich belegte Wunden entstehen, die sich nachher schwer reinigen.

Der Verlauf hat uns auch in diesem Falle Recht gegeben, indem die Temperatur — wie schon hervorgehoben — nicht über 36 stieg und die ganze Wunde außer an der tamponirten und drainirten Stelle ohne Eiterug durch direkte Verklebung heilte.

Litteratur:

1) Küttner, Über die intermittirende Entzündung der Lymphangiome. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. p. 798.

2) Wegner, Über Lymphangiome. Archiv für klin. Chirurgie Bd. XX. 1897. p. 641.

3) Wieschebrink, Über die schubweise auftretende entzündliche Schwellung bei Lymphangiom. Inaug.-Diss., Jena, 1892.

4) Tavel, Über die Ätiologie der Strumitis. Basel, Karl Sallmann, 1892.

---

1) M. de Montyel. Les troubles psychiques postopératoires au congrès d'Angers.

(Revue de chir. 1899. No. 5.)

Vorliegende, mit scharfer Kritik geschriebene Abhandlung verfolgt den Zweck, die nach M.'s Ansicht gänzlich im Sande verlaufene

Diskussion über die postoperativen psychischen Störungen au
Psychiaterkongress zu Angers zu ergänzen. M. untersc
2 Gruppen solcher Störungen, die transitorischen Delirien un
bleibende Verrücktheit. Erstere können nach Operationen
Art als Folge einer Giftwirkung, sei es einer medikamentösen,
einer septhämischen etc. auftreten und sind in ihrer Form vo
Gift selbst abhängig, während die postoperative Verrückthei
prädisponirte Individuen betrifft und sich in ihrem klinischen
nach dem Grad dieser Prädisposition richtet. Den verschie
Operationen, mit Ausnahme der am Gehirn selbst vorgenomm
und der auf die Schilddrüse sich beziehenden, kommt ein beso
Einfluss in Bezug auf das Auftreten psychischer Störungen nic
M. leugnet einen solchen auch hinsichtlich der gynäkologi
Operationen. Die Abhandlung wird jeden Chirurgen interessi

Kramer (Gloga

---

2) **P. Cohn.** Weitere Studien über Ätzschorfe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 19.)

Vergleiche die früheren Aufsätze des Verf. in No. 52 der Be
klin. Wochenschrift vom Jahre 1897 und No. 29 derselben Ze
vom Jahre 1898, referirt im Centralblatt für Chirurgie No. 6
43 vom Jahre 1898. C. hat bereits mitgetheilt, wie weit Brand-
Ätzschorfe Wunden gegen eine Infektion mit pathologischen Bakt
zu schützen vermögen. Durch weitere Untersuchungen suchte
ermitteln, ob die Ätzschorfe auch dann noch eine Schutzwi
ausüben, wenn sie nicht mit Ätzstiften, sondern mit Lösunge
betreffenden Substanzen hergestellt wurden. Verf. inficirte zu
Kaninchen am Ohr mit dem Bacillus der Hühnercholera. Au
frisch gesetzte Wunde wurde bei verschiedenen Kaninchen,
die Infektion stattfand, 10%ige Lapislösung, bezw. 10%ige Cu
sulfuricum-Lösung, bezw. konc. Liq. ferri sesquichlorati und e
milchsaures Silber im Lösungsverhältnis von 1 : 15 gebracht.
Versuche haben gezeigt, dass sämmtliche Schorfe, ausgenomme
des milchsauren Silbers, Infektionsschutz gewährten. Das Cu
sulfur. und der Liq. ferri sesquichlorati wurde weiter auch g
über dem Milzbrand- und dem Löffler'schen Bacillus geprüft.
Resultate führten dahin, dass die genannten Schorfe als ein
aufzufassen sind, welches wohl auch bei Operationen eine Verbre
von Infektionskeimen aus benachbarten Theilen auf die f
Wunde zu verhüten in der Lage ist.

Weitere Versuche am Menschen sollen nun feststellen, o
welche Erfolge man unter den Verhältnissen der ärztlichen
mit der Schorfbehandlung erzielen kann. Wenngleich der H
stein alle anderen Schorfmittel in erheblichem Maße übertri
warnt C. vor seinem Gebrauch bei Tracheotomiewunden, nac
aus seinen diesbezüglichen Thierversuchen sich ergeben hat,
Spuren des Höllensteins in die Luftwege gelangen und so de

herbeiführen können. Hier wäre der Cuprum sulfuricum-Schorf oder der des Liq. ferri am Platze, die über solche Reizwirkung nicht verfügen.
Gold (Bielitz).

---

3) **O. Dumesnil** (St. Louis). Geruchloses Jodoform.

(St. Louis med. and surg. journ. 1899. Mai.)

Von der Firma Johnson & Johnson in New Brunswick, N. J., ist in letzter Zeit ein geruchloses Jodoform in den Handel gebracht worden, dessen Eigenschaften und Wirkung D. studirt hat. Die chemische Zusammensetzung desselben ist: Jod 95,86, Kohlenstoff 4,14, Wasserstoff 0,0, wogegen das gewöhnliche Jodoform Jod 96,70, Kohlenstoff 3,05 und Wasserstoff 0,25 enthält. Das neue Jodoform besteht aus kleinen, gelben, nadelförmigen Krystallen, ist geschmack- und geruchlos, unlöslich in Wasser, leicht löslich in Chloroform, Benzin, Äther, warmem Alkohol und verhält sich überhaupt chemisch ganz ähnlich wie gewöhnliches Jodoform, nur dass es nicht bei 115° C., sondern erst bei 188° C. schmilzt und bei gewöhnlicher Temperatur nicht flüchtig ist. Hinsichtlich seiner Wirkung als Verbandpulver auf Wunden gleicht es völlig dem alten Präparat, nur dass es sich in noch feinerer Schicht aufpulvern lässt und ganz reizlos ist; Eiterung verhindert es, schon vorhandene Eiterung beschränkt es, es wirkt austrocknend.
Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

4) **Steinmann.** Prüfung zweier neuer Quecksilbersalze auf ihren Werth als Antiseptica im Vergleich zum Sublimat.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 11.)

Sublimat und ihm verwandte Quecksilbersalze ziehen ihrer Anwendung als Antiseptica in so fern gewisse Grenzen, als sie giftig, durch Eiweißkörper zersetzlich sind und eine zerstörende Wirkung auf chirurgische Instrumente ausüben. Es wurde daher nach Quecksilberverbindungen gefahndet, welche die erwähnten Fehler nicht besitzen, aber dennoch an antiseptischer Wirkung keine Einbuße erlitten. Die meisten für den Chirurgen maßgebenden leiden an ihrer Schwerlöslichkeit in Wasser und werden durch dieses überdies in unlösliche basische Salze zersetzt. Der Firma F. Hoffmann-La Roche & Co. in Basel ist es gelungen, das Hg sulfophenilicum, das sog. Hydrargyrol, in eine wasserlösliche Verbindung überzuführen. Diese Verbindung, Asterol genannt, hat nun S. in der Klinik Kocher auf ihren Desinfektionswerth genau untersucht. Eine zweite Verbindung, das Hg arsenicosum, welches S. einer gleichen Untersuchung unterzog, besitzt die Nachtheile des Sublimats und keinen Vortheil vor demselben, es wurde daher bei der praktischen Prüfung bei Seite gelassen. Asterol wurde hingegen durch längere Zeit in der septischen Abtheilung der Berner Klinik an Stelle des Sublimats und Karbols mit gutem Erfolg in Anwendung gezogen.

Die Vortheile des Asterols, welches nicht übelriecht und die unangenehme Hautwirkung des Karbols und Lysols, die lästige

Undurchsichtigkeit, so wie den zerstörenden Einfluss des Lyso
Kautschuk nicht in sich birgt, fasst S. in folgenden Schluss
zusammen:

»1) Es ist in Wasser löslich, in stärkeren Koncentrationen
dings nur in der Wärme. Die Lösungen bleiben klar.

2) Es hat eine bedeutende baktericide Kraft und büßt di
auch in eiweißhaltigen Medien nicht ein.

3) Die Wunden werden durch die in Betracht komm
Lösungen nicht geätzt.

4) Die Tiefenwirkung ist eine sehr große.

5) Das Asterol lässt sich gut verwenden zur Desinfektio
Hände und des Operationsfeldes sowohl, wie auch der Instru
da es dieselben nicht angreift.

6) Obschon die Giftigkeit der Quecksilbersalze (nach dem
versuch) besitzend, kann es doch ohne sichtliche Gefahr in zi
ausgedehnter Weise zur antiseptischen Wundbehandlung verw
werden.«

S. empfiehlt das Asterol dem Arzt und Chirurgen zur
wendung und weiteren Prüfung angelegentlichst und erwähnt
das Präparat von der oben genannten Fabriksfirma auch in
löslichen Tabletten dargestellt wird, deren Preis den der Sub
pastillen nicht übersteigt. **Gold** (Bielit

---

5) **P. Lereboullet.** Traitement du tetanos par les inje intra-cérébrales d'antitoxine.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Februar.)

Seit den Versuchen von Roux und Borrel (Annales de
Pasteur 1898), welche bewiesen, dass die intracerebrale Einverle
des Tetanusserums wirksamer ist, als die subkutane und intrav
ist dieses Verfahren mehrfach am Menschen geprüft worden
u. A. die Mittheilung in diesem Blatt No. 17). L. bespricht
die experimentellen Grundlagen und im II. Abschnitt seiner
das Operationsverfahren und die Heilresultate, welche er
Kritik unterzieht. Von den 26 L. bekannt gewordenen
sind 8 gestorben. In fast allen Publikationen wird die gleichz
Anwendung subkutaner Injektionen des Antitoxins, in einigen
die Darreichung von Chloralhydrat empfohlen; auch wird
hingewiesen, dass die Lokalbehandlung des Infektionsherdes
unterlassen werden darf. **W. Sachs** (Mülhausen i/E

---

6) **F. Honigmann.** Über Mischnarkose. Eine Experime untersuchung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 3.)

H. beginnt seine Arbeit mit einer Würdigung der beka
Kriterien, welche die Chirurgen bei der Anwendung narkot
Mittel bald zum Äther, bald zum Chloroform geführt haben. S

giebt er einen Überblick über die historische Entwicklung des Gebrauchs von Mischnarkosen verschiedenster Art nach dem Vorgang der Engländer, Billroth's u. A., um schließlich auf die bekannten Schleich'schen Gemische zu kommen. Wie nicht erst genauer ausgeführt zu werden braucht, hat Schleich angegeben, dass der Nutzen seiner Narkosenmischungen darin bestehe, dass sie durch Veränderung ihres Siedepunkts gegenüber den Siedepunkten der einzelnen Substanzen an Gefahr verlören. H. hat nun an eingehenden Experimenten genau zu prüfen unternommen, ob in der That eine solche Verschiebung der Siedepunkte bei Mischungen einträte. Danach kann er nun die Angaben Schleich's nur für widerlegt ansehen. Er fand eine Gasentwicklung, sobald das Thermometer die Siedetemperatur des Äthers erreicht hatte. Das Thermometer stieg aber weiter bis es zum Siedepunkt des Chloroforms gelangte und hörte erst dann auf, noch weiter in die Höhe zu gehen. Von einem konstanten Siedepunkt war keine Rede. Die einzelnen Bestandtheile des Flüssigkeitsgemisches gingen fraktionirt über. Darum bezeichnet er die Behauptungen Schleich's über die Verschiebung der Siedepunkte und die darauf gestützten Theorien als irrthümlich.

An weiteren Experimenten suchte H. nun zu ergründen, ob bei Narkosegemischen die gleichartigen Wirkungen der Medikamente sich verstärken, die ungleichartigen sich aufheben. Er fand, dass bei gleichzeitiger Inhalation von Chloroformdämpfen und Äther schon sehr geringe procentische Mengen beider Anästhetica genügten, um eine tiefe Narkose herbeizuführen. Dabei wirkten die Dampfgemische, welche Verf. statt der Flüssigkeitsmischungen verwendete, um die Versuche einwandsfreier zu gestalten, auf die Athmung meistens ungünstig, ließen aber den Blutdruck intakt. Der Tod der Versuchsthiere erfolgte unter primärem Stillstand der Athmung, während die Herzthätigkeit oft erst nach einigen Minuten sistirte. So kann man wohl aus der Arbeit des Verf. den Schluss ziehen, dass die Mischnarkose eben so die Vortheile wie die Nachtheile der Narkosen mit dem einzeln gegebenen Mittel in geringerem Grad aufweist, als diese letzteren. Praktische Erörterungen und ein Auszug aus den Versuchsprotokollen über die verschiedenen zu lösenden Fragen bilden den Schluss der interessanten Arbeit. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

7) **P. Wiart.** Sur le redressement des gibbosités Pottiques.

(Revue de chir. 1898. No. 9 u. 1899. No. 1 u. 2.)

In der Abhandlung bespricht W. zunächst das Wesen und die Entwicklung des Gibbus bei tuberkulöser Wirbelerkrankung, im weiteren die Methoden des Redressements bis zu dem von Chipault-Calot empfohlenen Verfahren und schließlich die mit letzterem erreichten Resultate. Die Schlussfolgerungen, die W. aus dem Studium der bisherigen Veröffentlichungen zieht, und die er auch durch die nach Beendigung seiner Arbeit erschienenen Mittheilungen anderer

*

Chirurgen bestätigt gefunden hat, lassen sich kurz in folge
Sätzen wiedergeben: Zur Vermeidung ernster Zufälle beim Red
ment ist eine sorgfältige Auswahl der Fälle dringend geboten
dürfen ihm nur solche Kinder unterworfen werden, die, in son
guter Gesundheit, namentlich auch hinsichtlich ihrer Lungen,
im Beginn der Entwicklung stehende, mobile Gibbusbildung ze
während die Fälle von altem und festgewordenem Buckel am b
unangerührt bleiben. Die bei letzteren erreichten Resultate besta
entweder in einer mehr oder weniger bemerkenswerthen, indess
scheinlich nicht andauernden Verminderung des Gibbus oder
zumeist gleich Null, wie schon in Berücksichtigung der patholog
anatomischen Verhältnisse der Buckelbildung erwartet werden m
die Besserung des Allgemeinbefindens der Kranken und das
fach beobachtete Rückgängigwerden von Lähmungen sind vorn
lich auf Rechnung der exakten Immobilisirung der Wirbelsäule
der sorgfältigen Allgemeinbehandlung zu setzen. Wirklich gün
Erfolge sind nur bei den frischen und leichten Fällen von G
erzielt worden, so fern die Fixation im Gipsverband lange g
stattgefunden hatte. **Kramer** (Glogau

8) **M. Bieback.** Die angeborenen Halsfisteln und ihre handlung.

Inaug.-Diss., Greifswald, **Adler,** 1899. 29 S.

Die vorliegende Dissertation theilt einen von Helferich
rirten Fall von kompleter Kiemenfistel mit. Das 11jährige Mäd
wies eine ca. 3 cm vom Rand der Clavicula am vorderen Rand
M. sternocleidomastoideus beginnende Fistel auf, welche in
Pharynx mündete. Das Fistelende wurde umschnitten, nach we
Spaltung der Haut bis in die Submaxillargegend herauspräparir
dann so nahe wie möglich an dem pharyngealen Ende abgetr
Dann wurde ein mit einer Perle armirter Faden von unten h
die Fistel eingeführt und durch Zug vom Mund her das Fistel
nach dem Rachen zu umgestülpt. Der untere Theil der W
wurde genäht, der obere tamponirt. Es erfolgte glatte Heilung
de Quervain (Chaux-de-Fond

9) **H. Fischer.** Der Halsbubo, besonders im Verlauf Scharlachs.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 2.)

Verf. bespricht zuerst, was er unter Halsbubo verstanden h
will, indem er diesen Namen für jene Halsphlegmonen in Ansp
nimmt, die, auf den Lymphbahnen fortgeleitet, zuerst eine Ly
angitis, dann eine Lymphadenitis erzeugen, um eitrige oder sep
jauchige Entzündungen hervorzubringen. Mit der Benennung
gina Ludowigi« soll man aber nur Processe bezeichnen, die auf
Wege der Ausführungsgänge der Speicheldrüsen sich verbreiten

In der umfangreichen und detaillirten Arbeit, in der erschöpfend das klinische Krankheitsbild des Halsbubo behandelt ist, findet mit besonderer Ausführlichkeit die Scharlachangina Berücksichtigung. Nicht nur deren mannigfaltige klinische Formen werden auf das genaueste geschildert, ihr Wesen, ihre Entstehung, ihre Verbreitungswege sind eingehend erörtert und alle verschiedenartigen Ansichten darüber aus der Litteratur beigefügt. Die Scarlatina selbst sieht F. als ein sekundäres Ereignis der Angina und als eine Streptokokkenkrankheit an.

So tritt sie in die allernächste Verwandtschaft zu der Rose, die allgemein als Streptokokkenkrankheit anerkannt ist. Als Stütze für diese schon von Sörensen ausgesprochene Ansicht führt F. an, dass Patt. mit Angina Kinder mit Scharlach inficiren können, und dass umgekehrt erwachsene Pfleger scharlachkranker Kinder nur an Angina erkrankt sind.

Des weiteren verfolgt nun F. bei Besprechung des klinischen Bildes die Entstehung der Krankheit von den Tonsillen aus in die Lymphdrüsen und in die breiten Bindegewebslager des Halses und findet überall, auch in den eigenen Fällen, den Streptococcus als Krankheitserreger. Er unterscheidet verschiedene Formen des Halsbubo, nämlich die einfache, phlegmonöse und septische Unterart, zu denen sich dann als seltenere Krankheitsbilder noch der hintere, retropharyngeale, septische Halsbubo und die Epiglottisphlegmone gesellen. Die wichtigsten Komplikationen, die in dem Gefolge speciell der septischen Formen auftreten, sind Eitersenkungen und Durchbrüche in innere Organe und Körperhöhlen. Natürlich kann der Verlauf sich auch so gestalten, dass er dem Krankheitsbild einer Pyämie ähnlich wird. Erkrankungen der Gefäße sind gerade beim Scharlachbubo nicht selten und können als Thrombosen und Arrosionen sehr ernste Situationen hervorrufen. Verf. konnte nicht weniger als 42 Fälle von arterieller Blutung aus den großen Gefäßen (Cardia, Subclavia etc.) und 28 Fälle venöser Blutung, hauptsächlich aus den Venae jugulares, zusammenstellen. In 6 Fällen waren Arterien und Venen zusammen durchbrochen.

Therapeutisch legt F. hauptsächlich Gewicht auf die Prophylaxe bei scharlachkranken Kindern, deren Rachen genau zu überwachen und nach des Verf. Art in ziemlich angreifender Weise zu reinigen sei. Ferner spricht F. noch über den Werth oder Unwerth von Pinselungen, Injektionen mit Diphtherieheilserum und dem Marmorek'schen Antistreptokokkenserum. Ist der Bubo erst entwickelt, so ist natürlich chirurgisch vorzugehen. F. wünscht, dass man sich alsdann nicht mit der Spaltung begnüge, sondern alle entzündeten und gangränösen Drüsen möglichst stumpf entferne und die Eiterhöhle gründlich auskratze. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

10) **M. M. Kusnetzoff.** Über die Holzphlegmonen des Hal (Reclus).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 3.)

Die Holzphlegmonen des Halses stellen nach Reclus eine eig artige, allein keine specifische Art eines chronischen Entzündur processes dar, welcher von verschiedenen Bakterienarten hervorgeru werden kann. Sie ergreifen hauptsächlich diejenigen Drüsen Halses, welche den Infektionsstoff aus Mund-, Nasen- und Rachenhö aufnehmen. Der eigenartige langsame und schmerz- wie fieberl Verlauf dieser Entzündungen ist nach Quénu durch eine ab schwächte Virulenz der inficirenden Mikroorganismen bedingt, v leicht auch durch wiederholtes Eindringen des Giftes in die Lym drüsen. Den Namen »Holzphlegmone« hat Reclus der Krankheit geben, weil die Infiltration von Haut und Muskulatur eine holzart Festigkeit der infiltrirten Gewebe besitzt. Die Haut erhält da eine röthlichviolette Farbe. So ist der Process sehr geeignet, malignen Neubildungen verwechselt zu werden.

Zu den von Reclus publicirten Fällen fügt Verf. einen ne mit ausführlicher Krankengeschichte. Im Eiter waren wenig B terien, Streptokokken und Proteusbacillen. Die Virulenz der erste war herabgesetzt.

Verf. fordert weitere Veröffentlichungen zur Klarlegung die gewiss interessanten Krankheitsbildes, über dessen Eigenart n seiner Meinung wesentlich bakteriologische Befunde Aufschluss ge werden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

11) **Lublinski.** Abscedirende Entzündung der Fossa glos epiglottica (Angina praeepiglottica phlegmonosa).

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 8.)

L. beobachtete 3 Fälle dieser seltenen Affektion, bei der Diagnose sich erst laryngoskopisch unter Schwierigkeiten ermöglic ließ, und die er durch Incision mit dem Messer heilte. Seine Fä betrafen alle die linke Zungenseite. Schwierig ist die Unterscheidu besonders von der Entzündung der Zungentonsille. Bei der Ang praeepiglottica sieht man, wie die Vallecula durch eine grauröthli glänzende Geschwulst ausgefüllt wird, welche, bei Berührung der Sonde außerordentlich schmerzhaft, sich teigig anfühlt und Epiglottis immer mehr über den Kehlkopfeingang drängt, wodu Athemnoth entsteht.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

12) **E. W. Goodall.** On the value of the treatement diphtheria by antitoxin.

(Brit. med. journ. 1899. Januar 28, Februar 4.)

G. tritt auf Grund eigener Erfahrungen warm für die Seru behandlung der Diphtherie ein. Er hat versucht, durch zahlrei statistische Zusammenstellungen den zahlenmäßigen Beweis für

Werth der Heilserumtherapie zu erbringen, und dieser Beweis ist ihm glänzend gelungen. Ganz allgemein ist die Sterblichkeit an Diphtherie seit Einführung der Antitoxinbehandlung in London heruntergegangen — stärker in den im Hospital behandelten Fällen. Letzteres geht besonders aus den Statistiken der Asylum and board Hospitals hervor. Die Mortalität betrug hier vor 1894 29,5—29,2% und sank mit der Antitoxinbehandlung allmählich bis auf 17,6% im Jahre 1897. — Bei alleiniger Berücksichtigung der Diphtheriefälle bei Kindern unter 5 Jahren zeigt sich ein Rückgang der Mortalität von 53% im Jahre 1893 auf 24,9% im Jahre 1897.

Deutlicher noch wird der Erfolg der Serumtherapie bei Betrachtung der Larynxdiphtherie.

Während früher von 100 Tracheotomirten nicht mehr wie 29% Heilung erwarten durften, werden jetzt ca. 53% geheilt. Die Heilungsziffer der nicht operirten Larynxdiphtherie ist von 48 auf 75% gestiegen. Auch die Ausbreitung des diphtherischen Processes auf die Bronchien und die Fälle von diphtherischer Bronchopneumonie werden durch das Antitoxin günstig beeinflusst, was durch eine besondere Statistik erwiesen wird.

Interessant sind die Statistiken bezüglich der postdiphtherischen Lähmungen, die darthun, dass Fälle, die frühzeitig mit Antitoxin behandelt werden, seltener Paralysen aufweisen, wie Fälle, die sonstwie frühzeitig behandelt wurden. Ein Einfluss auf die Mortalität in Folge postdiphtherischer Lähmung zeigt das Antitoxin nicht (1,2% Mortalität ohne, 1,1% mit Antitoxin). In klinischer Beziehung rühmt G. besonders die hemmende Wirkung des Antitoxins bezüglich der fortschreitenden Membranbildung, die rasche Reinigung der Schleimhäute (besonders auch bei der Nasendiphtherie), die Besserung des Allgemeinbefindens, Abfall der Temperatur- und Pulskurve.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

13) **F. Butsch.** Die Kocher'schen Radikaloperationen des Larynxcarcinoms seit 1890.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L. p. 481.)

Von 15 in der Zeit seit 1890 in Kocher's Behandlung gekommenen Kehlkopfkrebsfällen konnten 12 radikal operirt werden. Die 7 ersten Pat. wurden nach dem früher allgemein üblichen Verfahren operirt: Narkose, Tamponkanüle, Total- oder halbseitige Exstirpation unter sogenanntem T-Schnitt und nachheriger Schlundsondenernährung. In den letzten Fällen dagegen war die Technik eine wesentlich andere und schonendere. Nämlich: Keine Narkose, lokale Infiltrationsanästhesie mit 1%iger Cocainlösung für die Schnittlinie. Lagerung in Trendelenburg'sche Schräglage mit hängendem Kopf, Fortlassung der Tamponkanüle. Medianschnitt vom Zungenbein bis zur Luftröhre. Nach Entblößung des Schildknorpels in der Medianlinie wird das Ligam. thyreo-cricoid. durchstoßen und der Schildknorpel mittels Knorpelschere genau nach oben in der Mittellinie gespalten.

Distraktion seiner Hälften, wonach das Kehlkopfinnere mit der
schwulst frei zu Tage liegt. Dasselbe wird durch Einpinseln mit
karbolisirten 5%igen Lösung von Cocain und Antipyrin āā lokal
ästhesirt, und nun mit dem Messer, noch lieber mit dem Thermok
die Neubildung im Gesunden excidirt. Wo möglich erfolgt eine
Weichtheiloperation, sonst wird, wenn nöthig, die durchwach
Knorpelpartie subperichondral von außen frei präparirt und mit
Schere sammt der Geschwulst excidirt. Nachbrennung der Wundfl
Jodoformirung, Einlegung einer gewöhnlichen Trachealkanüle. O
Wundnachbehandlung mit Gazetamponade. Besondere Körper
rungen so wie Sondenfütterung ist unnöthig. — Von den 12 oper
Pat. starb 1 in Folge der Operation, 2 sind definitiv $4^1/_2$ bezw. $2^1/_2$
lang geheilt, 3 sind recidivfrei, aber noch zu kurze Zeit beobac
Die guten Resultate wären nicht erhaltbar gewesen, wenn nich
guter Theil der Pat. recht frühzeitig chirurgische Hilfe ge
hätten, Dank der frühen Diagnose der sie vorbehandelnden Ärzte
Specialisten.

Absicht der Arbeit, welche außer der Berichterstattung
Kocher's Resultate auch allgemeine statistisch-technische Bet
tungen enthält, ist es wesentlich die schonendere neue Operat
manier mittels einfacher Thyreofissur und umschriebener Geschw
excision zu empfehlen, dazu auch die Weglassung der Narkose
die Operation in der Lagerung nach Trendelenburg und R
Ref. möchte hierzu bemerken, dass, abgesehen von dem Verzich
Narkose, bereits Pieniazek, wie viele andere endolaryngeale A
tionen, auch mehrere Carcinome nach im Wesentlichen ganz glei
Principien operirt hat wie Kocher (cf. dieses Blatt 1894 p.
Auch möchte ihm bei gut hergerichteter Rose'scher Lagerung
stark hängendem Kopf und Hals die Schräglagerung des Rum
à la Trendelenburg unnöthig erscheinen, ja möglicherweise
ohne sie der Kehlkopftheil des Halses noch besser hervortreten

Meinhard Schmidt (Cuxhaven

---

14) **W. Freudenthal.** Die Behandlung der Dysphagie des Hustens, speciell bei Tuberkulose.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. No. 3.)

Von den Ergebnissen der Ausschabung zur Beseitigung
Schlingschmerzen und zur Heilung der Kehlkopftuberkulose ist
nicht so begeistert, wie Heryng u. A., wenn er ihr auch nic
ablehnend gegenübersteht wie Schrötter. Von 29 ausgescha
Fällen wurden 18 nicht gebessert, bei 7 trat eine langsame Besse
ein, die man der Operation zu Gute schreiben musste, bei 4
rapide Besserung.

Besonders unzugänglich für den scharfen Löffel erwiesen
die gerade bei Tuberkulose so häufigen Infiltrate und Geschwür
Regio interarytaenoidea. Dagegen empfiehlt Verf. zur Bekämp

der Schlingschmerzen das Orthoform eben so angelegentlich, wie zur Beseitigung des Hustens das Heroin. Ersteres applicirt er gern mit Menthol zusammen in Emulsion. Zum Schluss berichtet er, dass er einige ganz auffallende subjektive und objektive Besserungen der Kehlkopftuberkulose mit der elektrischen Durchleuchtung erzielt habe, und fordert zur Nachprüfung auf. **Teichmann** (Berlin).

---

15) **J. A. Blake.** The relation of the trachea and bronchi to the thoracic walls, as determined by the Röntgen rays.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. März.)

B. untersuchte die Lagebeziehungen der Luftröhre und des Bronchialbaums zur Brustwandung mittels der Radiographie. Das Bronchialröhrensystem an der Leiche wurde mit einer Metall-Legirung ausgefüllt, wobei darauf zu achten war, dass nicht die kleinen und kleinsten Lufträume mit gefüllt wurden, weil sie sonst die Verzweigungen der Bronchien verdeckt hätten. Damit ferner die schwere Metallmasse durch ihr Gewicht nicht Verbiegungen und Ausbuchtungen erzeugte, mussten die Gewebe durch Injektion von Formalin in die Arterien gehärtet werden. Unter Anwendung dieser Vorsichtsmaßregeln kamen schöne und brauchbare Bilder zu Stande, welche den dunklen Bronchialbaum durch die Thoraxwand wie in einem Gehäuse mit transparenten Wänden erkennen ließen. Die Studien wurden an einem Erwachsenen, einem Kinde von 2 Jahren und einem Neugebornen gemacht.

Die Einzelheiten des Untersuchungsergebnisses eignen sich nicht zum Referat. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

---

16) **Fusari.** Contributo allo studio delle formazioni paratiroidee nell' embrione umano.

(Giorn. delle R. accad. di med. di Torino 1899. No. 4.)

F. hat an 6 menschlichen Embryonen seine Untersuchungen angestellt. Es giebt 2 Paar epitheliale der Schilddrüse anliegende Körper, je rechts und links gelegen; 2 obere am hinteren Rand, 2 untere unter der Basis der Seitenlappen gelegen. Der Ursprung dieser Körper ist ein verschiedener. Die oberen entsprechen den inneren Epithelkörpern mancher Säugethiere. Die unteren hängen mit der Thymus zusammen, liegen meist kopfwärts, seitlich von der Carotis interna und nehmen erst später ihren Platz neben der Schilddrüse ein. Sie entsprechen den äußeren Körpern der Säugethiere. Die Glandula carotica hat keine Beziehung zu den zelligen Elementen der Kiemenfurchen, sie ist ein Derivat des Bindegewebes an der medialen Wand der Carotis communis an ihrer Theilungsstelle.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

17) **F. Blum.** Die Schilddrüse als entgiftendes Organ.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 43.)

B. hat an 94 Hunden die Totalexstirpation der Thyreoidea
dem Resultat ausgeführt, dass von diesen 94 Thieren 90 an
Folgen der Thyreoektomie in einer mehr oder weniger charakter
schen Weise zu Grunde gingen. Die Entfernung der Schilddr
war eine sorgfältige; von Muskeln und Nerven freipräparirt, wu
sie sammt ihrer Fascie entfernt, so dass der Tod der Thiere in F
eventueller Nervenverletzung auszuschließen war. Unter diesen
ständen hielt B. die Schilddrüse für ein lebenswichtiges, mit e
inneren Sekretion ausgestattetes Organ und glaubte das Baumann's
Jodothyrin als die für den Körper und sein Wohlbefinden nothwen
Substanz ansehen zu müssen. Von dieser Ansicht ist Verf. du
weitere experimentelle Studien abgekommen. Hunde, welche
wochen- und monatelang mit halogenfrei gemachter Kost fütte
geriethen in Chlorhunger, in ihren Magen war keine Salzsäure na
zuweisen; sie magerten gewaltig ab, und in ihren Schilddrüsen
doch ein nennenswerther Jodvorrath zu konstatiren. Demnach
das »Jodothyrin« als inkonstantes und willkürliches Spaltungsprod
eines specifischen Jod-Eiweißkörpers in der Drüse aufzufassen,
verschiedener Zusammensetzung je nach dem Ausgangsmaterial
dem Spaltungsprocess.

B. studirte die Entstehung der Jodsubstanz der Schilddrüse
fand, gleich Baumann, dass durch Darreichung von Jodkali
in der Drüse Jod aufspeichert, was nur dadurch möglich wird,
aus den organischen Jodverbindungen Jod frei wird und sich
der organischen Substanz umsetzt. Verf. theilt die Ansicht Bi
wonach die Jodalkalien im Körper durch Jod in statu nasc
wirken; er spricht aber überdies dem Jod auf Grund seiner
wirkung gegenüber vielerlei toxischen Stoffen antitoxische Ei
schaften zu. Nicht nur Bakteriengifte werden vom Jod in daue
neutraler Lösung bei Körpertemperatur vollkommen entgiftet, sond
es verliert auch die Schilddrüse unter der Jodeinwirkung ihre gifti
Eigenschaften. Es wird demnach die Schilddrüse zu einem entgif
den Organ mit der Funktion, bestimmte im Körper kontinuir
entstehende Gifte aufzugreifen und zu entgiften, wobei sie sich u
der mächtigen antitoxischen Kraft des Jods bedient. Hingegen
es B. für unwahrscheinlich, dass der Schilddrüse ein besonderes
abspaltendes Ferment zukäme; er ist vielmehr der Ansicht, dass
Toxalbumin der Schilddrüse eine besonders große Affinität zum
hat. Dafür sprechen seine Beobachtungen an den 4 thyreoektomir
nicht verendeten Hunden. **Gold** (Bielitz).

18) **S. Ciechanowski** et **R. Urbanik.** Matériaux sur le goître et le crétinisme en Galicie.

(Bull. de l'acad. des sciences de Cracovie 1899. Januar.)

Die Verff. haben nach den galizischen Militärstatistiken die Häufigkeit von Kropf und Kretinismus untersucht und kommen zu dem Resultat, dass in den verschiedenen Distrikten die Kropfzahl von weniger als 1% bis zu etwa 7% wechselt, und dass besonders die Berggegenden mit Kropf heimgesucht sind — und, wie auch anderswo, gleichzeitig mit Kretinismus. Etwas Neues bringen die Untersuchungen sonst nicht. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

Kleinere Mittheilungen.

19) **V. Remedi** (Siena). Über das Haematolymphangioma mixtum.

(Sonder-Abdruck a. d. Atti della R. Accademia dei Fisiocritici Serie IV. Vol. VIII.)

Verf. weist in der Einleitung, unter Heranziehung statistischer Zusammenstellungen, so wie einzeln publicirter Fälle, darauf hin, dass die Angiome relativ selten an den Extremitäten lokalisirt sind. Dieser Umstand, so wie die geringen Kenntnisse über die Mischform des sog. Hämatolymphangioms veranlassen den Verf. zur Mittheilung eines selbstbeobachteten Falles. Es handelte sich um einen 16jährigen jungen Mann, der an der rechten Hand (Daumen und Thenar) einen ziemlich stark gespannten, elastischen, zusammendrückbaren Tumor aufwies; die Entstellung und die Funktionsstörung gaben Veranlassung zur Entfernung der Geschwulst. Dieselbe ließ schon bei der Operation eine große Menge Gefäße erkennen und hatte sich in die Muskeln des Handballens hinein entwickelt. Die Exstirpation geschah in 2 Sitzungen. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors zeigte, dass derselbe im Wesentlichen aus einer großen Menge von Blut- und Lymphräumen (theils Kapillaren und kleinen Gefäßen, theils kavernösen Räumen) bestand, die einem aus Bindegewebe, Fett- und Muskelgewebe bestehenden Stroma eingelagert sind. Diese kavernösen Räume stehen unter einander in anastomotischer Verbindung und zeigen fast durchweg eine endotheliale Auskleidung. Das gefäßhaltige Binde- und Fettgewebe setzt sich zwischen die einzelnen, zum Theil degenerirten Muskelfasern fort, wärend das subkutane Bindegewebe von der Neubildung im Wesentlichen frei ist. Das lockere Bindegewebe weist an verschiedenen Stellen Anhäufungen von Rundzellen (Lymphfollikel) auf. Bemerkenswerth ist noch das Vorkommen zahlreicher Vacuolen in den Kernen der Fettzellen; das Verhalten derselben, insbesondere die Art ihres Austritts aus den Kernen, wird genau beschrieben. Es handelt sich also, wie Verf. nachweist, gleichzeitig um eine Neubildung von Blut- und Lymphgefäßen, so wie um eine Ektasie der neugebildeten und der präexistirenden Gefäße. Die Neubildung der Blutgefäße geht, wie sich aus der Untersuchung der periphe rischen Geschwulsttheile ergiebt, in der Weise vor sich, dass von den kleinsten Gefäßen aus solide Zellstränge sich entwickeln, die in das Binde- und Fettgewebe eindringen, späterhin hohl werden und Blut enthalten. Die Ektasie der Blutgefäße soll durch den Blutdruck, in Verbindung mit der abnormen Nachgiebigkeit der Gefäßwände, hervorgebracht werden. In ähnlicher Weise wie bei den Blutgefäßen kommt eine Neubildung von Lymphgefäßen zu Stande; die Dilatation der Lymphräume entsteht durch Stase in Folge der Neubildung von Bindegewebe. Durch Ruptur der Wände der Blutgefäße entstehen Kommunikationen zwischen diesen und den Lymphräumen, wie sie mehrfach vom Verf. gesehen wurden. **H. Bartsch** (Heidelberg).

20) **Catterina.** Contribuzione allo studio dei tumori vascolar fatici e sanguigni.

(Biblioteca medica italiana. Milano, 1899.)

In sehr ausführlicher Weise theilt der Verf. 6 von ihm operirte Fä Lymph- bezw. Blutgefäßgeschwülsten mit und illustrirt die von ihm erh Befunde durch eine große Anzahl makroskopischer und mikroskopischer auf 14 Tafeln und 8 Textfiguren. Ein besonderes Interesse beansprucht d der Fälle, welcher einen 45 Jahre alten Mann betrifft, der von einer in der Bauchhälfte gelegenen, unbestimmt abgrenzbaren Geschwulst die heftigst zur Operation drängenden Beschwerden empfand. Es fand sich eine aus Konglomerat von Cysten zusammengesetzte Geschwulst, die, vom große ausgehend, mit ihrer ganzen Nachbarschaft locker verwachsen war. Die suchung der exstirpirten Geschwulst, welcher größer als eine Mannsfaust w 650 g wog, ergab, dass es sich um ein cystisches, nach Verf.s Ansicht angel Lymphangiom des Omentum majus handelte. Die genaueren Einze des höchst seltenen und interessanten Untersuchungsbefundes gehen üb Rahmen eines Referats hinaus und sind im Original einzusehen.

Die weiteren Fälle betreffen ein cystisches Lymphangiom des Halses, geborenes Cavernom der Haut und des Unterhautzellgewebes des Nacken tiple venöse Angiome an der Hinterseite des Unterschenkels, ein von einer Petechie ausgehendes, arterielles, oberflächlich ulcerirtes Angiom am Mitt einer hämophilen Kranken, die durch Exstirpation der Geschwulst wurde, und schließlich venöse kavernöse Angiome der oberen Extremität u Thorax. **Sultan** (Göttinge

21) **H. Bayha.** Über Muskelangiome und ihre Exstirpation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 200.)

B. berichtet aus v. Burkhardt's Spital in Stuttgart die Operationsgesch von 4 Fällen von Muskelangiomen. Die Patt. standen im Alter von 5—25 und trugen die fraglichen Geschwülste zum Theil schon seit vielen Jahren. derselben waren der Rücken des Oberarms, der Rücken unter dem Schulte die Beugeseite des Vorderarms unterhalb des Ellbogens, die Außenseite des schenkels über dem Knie. Im letzteren Falle behinderte die Geschwulst den sonst waren im Wesentlichen nur Belästigungen durch Schmerzen vorhande Größe der Tumoren schwankte von der eines Eies bis zu Handtellergröß Diagnose war nicht leicht, und wurde u. A. auch an kalte Abscesse gedacht wurde eine Probepunktion, die Blut ergab, vorgenommen. Als einigermaße rakteristisches Kennzeichen kann die Kompressibilität, welche die Tumoren z angeführt werden. 1mal war in der Geschwulst ein Phlebolith palpabel Operation war stets ziemlich blutig und erforderte an den Gliedmaßen d wendung der Blutleere. In 2 Fällen mussten Reste des kavernösen Geweb rückgelassen werden; da bei ihnen fieberhafte Allgemeinstörungen währe Heilung eintraten, ist anzunehmen, dass Thromben und Embolien von Angiomresten sich gebildet haben. Die Operation solcher Tumoren ist de nicht ganz leicht zu nehmen. Die anatomische Besichtigung der Präparate dass die Angiome überall die Muskulatur nicht verdrängt, sondern erset durchwuchert bezw. degenerirt hatten. Im Ganzen sind derartige Tumoren

Meinhard Schmidt (Cuxhave

22) **P. Rathke.** Über die Ursache des gelegentlichen Auftreten Knorpel bei der »Myositis ossificans«.

(Archiv für Entwicklungsmechanik Bd. VII. Hft. 2. u. 3.)

R. beobachtete einen Fall von traumatischer, ossificirender Myositis bei 28jährigen Seemann, dem eine Segelstange aus bedeutender Höhe auf die A seite des rechten Oberschenkels gefallen war.

3 Wochen nach der Verletzung bestand eine pralle Schwellung an der Vorder- und Außenseite des Oberschenkels, die sich von den darüber ziehenden Muskeln nicht trennen ließ.

Bei einer Incision in die Geschwulst fand sich die Muskulatur, besonders der Vastus externus, von grauweißen, vielfach bläulich schimmernden Bindegewebssträngen durchsetzt. Gegen den Knochen zu nahmen diese Stränge an Konsistenz und Ausdehnung beträchtlich zu.

Die histologische Untersuchung ergab massenhaftes Vorhandensein von Knorpel. In der Nähe des Knochens waren die Knorpelmassen zum großen Theil verknöchert.

R. glaubt, dass die Fälle von Myositis ossificans mit knorpeligem Zwischenstadium der Ossifikation am einfachsten durch die Roux'sche Theorie der Knorpelentstehung zu erklären seien.

Roux nimmt an, dass dort im Gewebe, wo neben Druck und Zug auch starke Verschiebung der Substanzschichten gegen einander (Abscherung) stattfindet, solche Zellen erhalten bleiben, die durch Bildung von Knorpelgrundsubstanz als des geeignetsten Mittels, sich dagegen genügend zu schützen im Stande sind.

Hanau und Koller haben diese Roux'sche Lehre bereits zur Erklärung des Auftretens von Knorpel im Frakturcallus verwerthet.

R. stellt sich vor, dass die Knorpelbildung in unmittelbarer Nachbarschaft noch funktionsfähiger Muskeln auftritt, welche bei ihrer Kontraktion auf ihre Umgebung im Sinne einer »Abscherung« wirken. **Payr** (Graz).

23) **Cerné** (Rouen). Quelques observations de fistules et de tumeurs d'origine congénitale.

(Arch. prov. de chir. 1899. No. 1.)

Von 5 durch Operation gewonnenen angeborenen dermoiden Fisteln bezw. Geschwülsten hatten 4 einen ungewöhnlichen Sitz. Eine am Kinn eines kleinen Mädchens, dicht neben der Medianlinie, links sitzende Fistel führt Verf. auf die erste Kiemenspalte zurück. Bei einem 25jährigen Dienstmädchen entfernte er aus der linken Augenhöhle eine Dermoidcyste, welche eine Kommunikation mit der Nasenhöhle hatte. Einem 39jährigen Mann exstirpirte er eine orangengroße, nicht median, sondern links-lateral am Hals sitzende, der Hinterfläche des Zungenbeins anhaftende Dermoidcyste mit öligem Inhalt. Endlich ist noch eine neben der linken Mammilla unter dem Pectoralis hervortretende Cyste bemerkenswerth, deren Ausgangsstelle die Articulatio sternoclavicularis sin. war.

P. Stolper (Breslau).

24) **Mensi.** Contributo allo infezioni generali do streptococco.

(Gazz. med. di Torino 1899. No. 18.)

Ein Kind von 3 Jahren, welches an juckendem Hautausschlag litt, erkrankte plötzlich mit Schwellung der rechten Thorax- und Halshaut, welche im Bereich des Nackens zu fortschreitender Gangrän führte; dabei die Allgemeinerscheinungen einer schweren Septhämie. In der Haut wurde der Streptococcus pyogenes mikroskopisch, dessgleichen aus dem Blut durch Kultur isolirt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

25) **F. P. Mackie.** Cases of generalised septic infection treated with antistreptococcus serum.

(Brit. med. journ. 1899. Januar 21.)

M. berichtet über 4 Fälle von septischer Allgemeininfektion, in denen mit Antistreptokokkenserum Versuche gemacht wurden; 2mal wurden nur Einzeldosen gegeben, in den anderen Fällen wurden in 4 Tagen 60 ccm, in 9 Tagen 180 ccm Serum verabreicht. In keinem der Fälle wurde die geringste schädliche oder günstige Wirkung des Serums beobachtet oder der Verlauf der Erkrankung irgend wie beeinflusst. In 2 Fällen handelte es sich um Mischinfektion von

Strepto- und Staphylokokken, in den 2 anderen Fällen um reine Staphyl
infektion. Vielleicht lässt sich daraus der Misserfolg erklären.

F. Krumm (Karlsr

26) **H. Copley.** The treatment of traumatic tetanus with ant

(Brit. med. journ. 1899. Februar 11.)

C. hat in den letzten 2 Jahren 4 Fälle von Tetanus zur Behandlung be
In allen Fällen waren inficirte Wunden vorhanden. 2mal betrug die Ink
dauer 10 Tage, 1mal 6 Tage, 1mal war sie nicht zu bestimmen. In den 3
Fällen wurde Antitoxin subkutan verabreicht, und zwar betrug die 1.
fort 30 ccm. C. hält dann eine Wiederholung der Injektion etwa 6stün
angezeigt, bis deutliche Besserung eintritt. Die lokale Behandlung best
in Amputation des inficirten Gliedes — die beiden anderen Male in Exc
Auskratzung und Ausätzung der Wunde mit rauchender Salpetersäure c
malin. Der 4. Fall endete binnen 24 Stunden nach Beginn der Behandl
lich. C. ist überzeugt, dass auch hier eine frühzeitige und reichliche An
des Antitoxins Heilung gebracht hätte. **F. Krumm** (Karlsr

27) **Kelly** (St. Paul). Observations of Credé's clinic, with
reference to the silversalts.

(Northwestern lancet 1899. April 1.)

K. hat in Credé's Klinik in Dresden die Wirkung der Silbersalze
können. Stets fand sich beim 1. Verbandwechsel Heilung per primam,
rungen, Fistelgänge oder Hautreizung kam nie vor. Nur zuweilen tra
ersten Tagen leichte Temperatursteigerung auf, niemals aber erheblichere St
geschweige denn septische Erscheinungen. **Lühe** (Königsberg i/

28) **W. Mitchell.** Formalin in the treatment and removal of
rable malignant growths.

(Brit. med. journ. 1899. Februar 11.)

M. hat bei einem inoperablen Sarkom der Wange (2. Recidiv), das
digen schweren Blutungen Veranlassung gab, mit großem Erfolg Umsch
Formalin (20% Formaldehydgehalt) angewendet. Die Blutungen kamen
nicht nur zum Stillstand, sondern es war M. in Folge der austrocknende
tisirenden Wirkung des Mittels auch möglich, große Partien der Neubild
jede Gefahr abzutragen, obwohl dieselbe sehr blutreich war. Die ents
Schmerzen können durch Narkotica in Schranken gehalten werden. Öde
Umgebung der Applikationsstelle verschwanden, wenn das Mittel einige T
gesetzt wurde. **F. Krumm** (Karlsr

29) **E. A. Lermitte.** Suprarenal gland extract as a haemost

(Brit. med. journ. 1899. Februar 25.)

L. hat in einem Falle von hartnäckiger Epistaxis mit unmittelba
gutem Erfolg die lokale Anwendung von Nebennierenextrakt, dessen hämo
Wirkung schon von anderer Seite erprobt wurde, versucht und empfie
Verwendung für geeignete Fälle. **F. Krumm** (Karlsr

30) **W. Schulthess.** Zur normalen und pathologischen Anato
jugendlichen Wirbelsäule.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VI. Hft. 3 u. 4.)

Mit bekannter Gründlichkeit untersuchte Verf. die Wirbelsäule eine
berkulose der Lungen verstorbenen 15jährigen Mädchens. Eine Deformit
erst bei der Autopsie bemerkt. Dieselbe bestand in einer geringgradigen
konvexen Totalskoliose. Bei Betrachtung der bloßgelegten Wirbelsäul
Längsrichtung von vorn zeigte sich, dass die seitliche Krümmung der Wi
kombinirt war mit einer am 6. bis 9. Brustwirbel am stärksten ausgesp

Abplattung der Wirbelkörper auf der linken Seite und mit einer Verlagerung der Kuppe der Wirbelkörper nach rechts. Diese Asymmetrie der Wirbel wird nicht als Ursache der Deformität, sondern als Folge des Aortadrucks aufgefasst. — Nachdem in Rückenlage der Leiche die Stellung des Beckens und die Lage der einzelnen Theile konstatirt war, wurde ein Gipsabguss des vorderen Abschnitts der Wirbelsäule und der angrenzenden Thoraxpartien angefertigt. Nach dem S.'schen Zeichnungsapparat wurden alsdann am Abguss die Form der Wirbelsäule und die ntero-posterioren Krümmungen, an der Leiche die Bewegungsgrenzen der Wirbelsäule festgestellt. Außerdem wurden an einigen abgetrennten Wirbelkörpern und Bandscheiben die Form, das zackenförmige Ineinandergreifen, das Verhalten der Epiphysenlinien, die Höhenunterschiede etc. genau bestimmt. — Daran werden Bemerkungen über die an der untersuchten Wirbelsäule nachgewiesene konkavseitige Torsion und Asymmetrie der Bewegung im Sinne leichterer Abbiegungsfähigkeit nach der konvexen Seite geknüpft. Schließlich wird hervorgehoben, dass statische und dynamische Kräfte an der Ausbildung der Form der skoliotischen Wirbelsäule neben einander in verschiedener Weise thätig sind.

J. Riedinger (Würzburg).

31) **E. Ikawitz.** Zur Frage der Verletzungen der Halswirbel. (Aus der chirurgischen Abtheilung des I. Stadtkrankenhauses zu Moskau.)

(Vortrag, gehalten am 20. Oktober 1898 in der 368. Sitzung der Moskauer chirurgischen Gesellschaft.)

(Sep.-Abdr. a. d. Annalen der russischen Chirurgie 1899. [Russisch.])

Das Interesse dieses Vortrags liegt nicht nur in der großen Seltenheit des Falles, sondern auch in der durch eingehende litterarische Kenntnis vertiefte, feine diagnostische Analyse desselben.

Der 23jährige Pat. hatte vor 5 Tagen beim Baden den Kopfsprung ins Wasser gemacht. Die ihm unbekannte Tiefe an jener Stelle des Sees war aber eine zu geringe, und er schlug mit dem Scheitel auf den Grund. Er konnte gerade noch sich aus dem Wasser herausbegeben, verlor nicht das Bewusstsein, war aber fortan nicht im Stande, den Kopf zu bewegen. Der nächste Arzt verordnete ihm kalte Kompressen auf den Nacken; nach 5 Tagen kam er in die Behandlung I.'s.

Der Kranke trägt sich in steifer Haltung, den Kopf etwas nach hinten gerichtet. Die rechte Schulter ist deutlich höher gezogen, die Halsmuskeln springen hier mehr vor als linkerseits. Der Kehlkopf springt nach vorn sichtlich vor, hinten ist in der Höhe des 6. Halswirbels eine Querfurche sichtbar und auch fühlbar. Weder Dorn- noch Querfortsätze sind wegen der gespannten Muskeln an dieser Stelle fühlbar. Aktiv kann Pat. den Kopf überhaupt nicht bewegen, Versuche, passive Bewegung zu machen, misslingen fast vollständig, rufen dagegen heftige Schmerzen hervor. Das Schlucken ist erschwert.

Vom Mund aus fühlt der tief eingeführte Finger einen Vorsprung, welcher auf der linken Seite deutlicher ist.

Der Kranke vermeidet sorgsam irgend welche stärkere Erschütterung des Körpers bei seinen Bewegungen, von Fieber und Lähmungserscheinungen ist nichts vorhanden.

Nach Ausschluss der übrigen Möglichkeiten wurde die Diagnose auf eine Verrenkung des 6. Halswirbels gestellt. Eine Röntgenaufnahme konnte nicht gemacht werden, da der Kranke dazu hätte transportirt werden müssen.

Pat. wurde sofort chloroformirt, und unter leichtem Anziehen des Kopfes durch hebelartige Bewegungen und schließlichem Beugen des Kopfes die Wirbelluxation ohne Mühe eingerenkt. Durch einen Halskragen aus Stärke-Gipsbinden über einer Pappunterlage wird der Kopf in vorgebeugter Stellung festgehalten.

Am anderen Tage war das Schlucken frei, und der Kranke konnte den Kopf, so weit es der Verband gestattete, bewegen. Nach 4 Tagen wird der Verband zur Kontrolle abgenommen, die Querfurche am 6. Halswirbel ist verschwunden, die Spannung der Halsmuskeln hat abgenommen, aber gerade dadurch ist die Untersuchung leichter als vorher, und es wird jetzt entdeckt, dass der Dornfortsatz des

3. Halswirbels nach links verschoben ist, und dass links von ihm Krepitat
fühlen ist.

Der tastende Finger fühlt an der Rachenwand den vorhin erwähnte
sprung. Es hatte also außer der Beugungsluxation des 6. Wirbels eine Dre
luxation des 3. Halswirbels bestanden, welch letztere jetzt noch vorhand
Dazu war noch der Halswirbelbogen (III) gebrochen.

Das gleichzeitige Bestehen von Verletzung zweier Wirbel hatte das
heitsbild Anfangs etwas verdunkelt.

Es musste jetzt zunächst die Bildung des Callus abgewartet werden,
man an die Einrichtung des 3. Halswirbels gehen konnte. Nach ca. 3 W
wurde eine deutlich ausgesprochene Callusmasse gefühlt, und nun sollte,
Pat. transportfähig geworden war, in einem der Moskauer Röntgenkabinet
Röntgenaufnahme gemacht werden. Dieselbe misslang aber trotz 3malige
suchs. Weiteren Aufnahmen sich zu unterziehen weigerte sich der Kranke.
etwa 6 Wochen, als man auf eine feste Verheilung an der gebrochenen
hoffen durfte, wurde unter Narkose auch die Verrenkung des 3. Halswirbel
Mühe mit hebelartigen Bewegungen zu Wege gebracht. 3 Tage später
der Kranke ausgeschrieben werden. Die Untersuchung ergab allerdings no
geringe Verschiebung des Dornfortsatzes des 3. Halswirbels nach links, es
eine mäßige Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Bruchstelle und die Bewe
des Kopfes waren etwas beschränkt.

Mit Recht betont I. am Schluss, dass man sich vor Allem auf genau
gegenwärtigen des Zustandekommens der Wirbelverrenkung und eine eing
Differentialdiagnose stützen soll, nicht aber auf das Gelingen oder Nichtg
einer Röntgenaufnahme verlassen, die doch manchmal im Stich lassen kan
einigen Bemerkungen wird schließlich noch der nur als ultima refugio zu b
tenden Laminektomie gedacht. **Egbert Braatz** (Königsberg i/P

32) **H. Fischer.** Contusio medullae spinalis, Kopfverletzunge Handwunden durch eine rohe Züchtigung, unerhörte Verna sigung der Wunden, Tod durch Inanition (Verhungern).

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin u. öffentl. Sanitätswesen. 3. F. Bd.
Hft. 2.)

Die 37jährige Pat., eine Gewohnheitstrinkerin, starb 5 Wochen nac
Züchtigung mit einem Ochsenziemer bei Zurücklassung der Verletzten in
Verwahrlosung und mangelhafter Ernährung. F. kommt, entgegengesetzt
vorhergehenden Sachverständigen, zu dem Schluss, dass der rasche Tod nich
Siechthum im Anschluss an die Geschwüre, deren Entstehung unbekannt, b
sondern eine Folge der Misshandlungen und der Vernachlässigung sei. Er
an, dass eine Schädigung der Medulla spinalis mit oder ohne Verletzu
Wirbelhäute bei der Misshandlung erfolgt sei; denn nur so sei der rasch
schritt der Decubitalgeschwüre im Zusammenhang mit der Lähmung der B
erklären. Auch führt er einen Theil der Geschwüre, wie die am Kopfe,
anfänglichen Verletzungen zurück. **Bähr** (Hannov

33) **Lembke.** Ein Fall von Tabes dorsalis nach Unfall.

(Archiv für Unfallheilkunde etc. Bd. III. Hft. 1.)

Verf. berichtet über einen Fall von Tabes, welcher sich allmählich nac
Sturz bei einem 43jährigen Braumeister entwickelte, ohne dass in der An
Anhaltspunkte für Lues oder eine anderweitige Ätiologie gefunden werden k
Für die Tabeskasuistik dürfte der Fall wohl von Interesse sein.

Bähr (Hannov

34) **Fopp.** Ein seltener Fall von Scoliosis neuromuscularis ischi

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VI. Hft. 3 u. 4.)

Ein 20jähriger Pat. Beely's litt, wie in erschöpfender Weise berichte
an einer willkürlich alternirenden Skoliose bei Ischias. Er konnte a

heterolog- und die homolog-skoliotische Körperhaltung einnehmen. Daneben war es ihm aber auch möglich, sich ohne erhebliche seitliche Abweichung der Wirbelsäule aufrecht zu stellen, wobei jedoch die Wirbelsäule eine in antero-posteriorer Richtung veränderte Form zeigte, indem an Stelle der physiologischen Lendenlordose eine Kyphose und an Stelle der physiologischen Dorsalkyphose eine Lordose trat.

Nach Mittheilung der ausführlichen, mit 22 Abbildungen illustrirten Krankengeschichte, welche auch Gelegenheit gab zu einigen Bemerkungen über die Gymnastik- und Korsettbehandlung der Ischias, beschäftigt sich Verf. mit der bisher erwachsenen Litteratur unter vielfachem Hinweis auf seinen Fall, bei welchem ein Mitergriffensein des Plexus lumbalis anzunehmen war.

J. Riedinger (Würzburg).

35) **v. Ley** (Würzburg). Zur Skoliosenbehandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 17.)

Verf. giebt für die Behandlung der Skoliose, so fern sie nicht in Specialkliniken ausgeführt werden kann, einige werthvolle Vorschläge für die billige Herstellung der zur Umkrümmung und Mobilisirung der skoliotischen Wirbelsäule nothwendigen Vorrichtungen, wie des Seitengürtels nach Barwell, einer Kombination des Lorenz'schen Wolms und des Beely'schen Barrens, so wie des von Barwell zur »Rhachilysis« empfohlenen Apparats. **Kramer** (Glogau).

36) **G. Perez.** Über die branchiogenen Carcinome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 3.)

Verf. bespricht unter eingehender Berücksichtigung der bisherigen Litteratur die primären Carcinome des Halses, die nach ihm sämmtlich auf Kiemengangepithelien zurückzuführen und somit mit vollem Recht als branchiogene Carcinome anzusehen sind, und berichtet dann über 6 einschlägige, in der Czerny'schen Klinik operirte Fälle. Durch mikroskopische Untersuchung ließ sich die krebsige Natur der Geschwülste in allen Fällen feststellen; dagegen ist vom Verf. der Beweis, dass es sich durchweg um Primärtumoren handelt, wohl nicht ganz vollständig erbracht worden. **Honsell** (Tübingen).

37) **Testevin** (Grenoble). Thyroïdite infectieuse suppurée.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1899. Februar.)

Es wird ein Fall von Abscessbildung in der Glandula thyroïdea bei schwerer diphtherischer Angina beschrieben. Es wurde nöthig, diesen Abscess zu spalten, wonach allmähliche Vernarbung eintrat und gänzliche Heilung bereits in Aussicht stand, als, etwa 1 Monat nach Beginn der 1. Erkrankung, ein Ileotyphus einsetzte, welcher schließlich in Genesung ausging. Diese Erkrankung an Typhus beeinträchtigte in keiner Weise die Vernarbung des Schilddrüsenabscesses, und Verf. hält sie für gänzlich unabhängig von Entwicklung des letzteren; es dürfte sich um eine typhöse Lazarettinfektion gehandelt haben. Was nun die Thyroiditis selbst betrifft, so begann sich die Schwellung der Drüse neben derjenigen der Halslymphdrüsen am 5. Tage der Krankheit geltend zu machen. In dem am 14. Krankheitstage entleerten Abscess fanden sich nur Streptokokken, welche in den diphtherischen Membranen nur spärlich neben zahlreichen Kokken und Bacillen aufgetreten waren. Verf. nimmt an, dass es sich um eine direkte Wanderung der Infektionskeime durch den Canalis glosso-thyroideus oder Tractus thyreoglossus gehandelt habe. Bemerkt sei noch, dass die Erkrankung der Schilddrüse erst auftrat, als die Abstoßung der Membranen nach der am 1. Tage schon gemachten Serumeinspritzung schon erheblich vorgeschritten war.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

38) **M. Fürst** (Hamburg). Ein Fall von Struma congenita bei elterlicher Syphilis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 46.)

F. berichtet über einen Fall von angeborenem Kropf, den er zur syphilitischen Erkrankung der Eltern in enge Beziehung bringt. Der Vater inficirte sich vor

$5^1/_2$ Jahren und ging vor 3 Jahren nach energischer antiluetischer Behandl
Ehe ein. Seine bald schwanger gewordene Frau gebar im 7. Monat einen
sanguinolentus. Antisyphilitische Behandlung der Frau nach Eintritt einer
vidität, worauf ein ausgetragenes Mädchen zur Welt gebracht wurde, welc
ziemlich große Geschwulst in der vorderen Halsgegend trug. Es war ei
von mehr als Walnussgröße beiderseits. Im Verlauf der ersten 6 Leben
war derselbe spontan so sehr zurückgegangen, dass die darüberliegende
Falten herunterhing. Im Alter von 10 Monaten zeigte das Kind eine kau
liche Vergrößerung der Schilddrüse. Keine sonstigen Zeichen der her
Lues. F. nimmt die elterliche Syphilis einerseits für die Entwicklung
Quecksilberbehandlung der schwangeren Mutter andererseits für das Zurü
des Kropfes in Anspruch. **Gold** (Biel

39) **A. Deléarde** (Lille). Un cas d'association du tabès et du exophthalmique.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Januar.)

Der Fall betrifft ein 26jähriges Mädchen, welches kurze Zeit nac
stehung einer syphilitischen Infektion im Alter von 15 Jahren die ersten
der Basedow'schen Erkrankung darbot. Die ersten Zeichen der Ataxi
im 26. Jahre ein. Schmierkur und Jodkali brachten keine Besserung.

W. Sachs (Mülhausen i/

40) **W. N. Tomaschewski.** Über eine in praktischer Beziehung tige Abweichung von der Norm in der Lage der rechten u Schilddrüsenarterie.

(Wratsch 1899. No. 17. [Russisch.])

Die Arterie gab 3 große und 3 kleine Äste an die Drüse ab, stieg da
der Luftröhre gerade nach unten, etwa 7 cm weit, und verlor sich im Media
ant. In der Mitte war dieses Gefäß 2 mm dick. Die anderen Schilddrüsen
waren normal. T. beobachtete diese Abnormität an einer Leiche.

Gückel (B. Karabulak, Sarato

41) **E. Sandelin.** Om 100 stromektomier och deras resultat.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XL. p. 651.)

Verf. hat im Jahre 1896 aus der chirurgischen Klinik zu Helsingfors
von Struma benigna aus den Jahren 1884—1895 veröffentlicht. Während
genden 2 Jahre wurden 100 Strumektomien daselbst gemacht. Es sind die
tate dieser Operationen, welche Verf. in der vorliegenden Arbeit mit alle
bespricht.

Die Kropfkrankheit kommt in Finnland sporadisch vor, und nur in e
Ortschaften an den Küsten Ladogas zeigt sie eine geringe Neigung zum
schen Auftreten.

Von den 100 Pat. des Verf. sind 85 weiblichen Geschlechts. In 27%
Krankheit zwischen 1. und 10. Lebensjahr auf; in 37% (die größte Menge)
Anfang zwischen 10. und 20. Jahr. Die kolloide und die cystische Form
zugsweise unter Verf.s Fällen repräsentirt; das Gewicht der Strumen bet
bis 200 g, mehrere wogen 300—400, die schwerste 940 g. In 45% war di
Schilddrüse degenerirt, in 37% der rechte, in 13% der linke Lappen.

Die angewandten Operationsmethoden waren die von Billroth und K
Bei den bilateralen Tumoren wurde die Mikulicz'sche vorzugsweise geü
in 4 Fällen, den einzigen, welche dafür geeignet schienen, wurde Socin
fahren angewandt.

Parese der Stimmbänder war in 17 Fällen p. op. eingetreten; 2 Pat.,
der Operation paretisch waren, wurden dagegen geheilt. Respirationsbesch
verschwanden in 57% der Fälle, in 15% wurden sie gebessert, in 27% ni

ändert; die letztgenannten waren vorzugsweise doppelseitige Strumen. Schlingbeschwerden wurden in 75% der operirten Fälle notirt. Kein Fall von Myxödem sensu strictiori wurde beobachtet; die rudimentäre Form, »Cachexia strumipriva« schien Verf. in einigen Fällen, besonders bei 2 Totalexstirpationen, verdächtig.

Sein Urtheil über die errungenen Resultate spricht Verf. in dem Sinne aus, dass, obschon die operativen Erfolge nicht so gut seien, wie es zu erwarten war, die Operation dennoch völlig berechtigt wäre. Doch glaubt er, dass die Indikationen künftig enger gezogen werden müssten, als es bisher fast überall geschehen sei.

A. Hansson (Cimbrishamn).

42) **F. Schilling** (Nürnberg). Über Tetanie nach partieller Strumektomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 8.)

Bei dem fast 16jährigen Knaben war der linke und mittlere Schilddrüsenlappen entfernt, der rechte, ca. hühnereigroße, nicht angerührt worden. Während der folgenden 4 Monate ging es dem Pat. gut und hatte er arbeiten können; dann wurde eine Zunahme und Verhärtung des rechtsseitigen Kropfes bemerkbar und traten plötzlich reißende Krämpfe in beiden Armen auf, wiederholten sich an den nächsten Tagen mehrmals, schließlich auch die Beine ergreifend, und hörten dann, allmählich schwächer werdend, nach 8 Tagen ganz auf; seit 4 Monaten ist kein Krampf mehr erfolgt. Das Trousseau'sche Symptom war leicht nachweisbar; Beklopfen des Facialisstammes rief während der anfallsfreien Zeit Krampf in letzterem hervor. Der Kropf ist wieder kleiner geworden. 4 Monate nach überstandener Tetanie zeigten sich die Reflexe völlig erloschen. **Kramer** (Glogau).

43) **W. R. Parker.** Thymusextract in exophthalmic goitre.

(Brit. med. journ. 1899. Januar 7.)

P. giebt die Krankengeschichten von 4 Pat. mit Basedow'scher Krankheit, bei denen er Thymustabletten mit im Wesentlichen negativem Erfolg (0,3 g bis 12mal täglich, bis zu 5000 Stück im Ganzen) gegeben hat.

F. Krumm (Karlsruhe).

44) **Sklarek.** Ein Fall von angeborenem Myxödem. Besserung durch Behandlung mit Schilddrüsentabletten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 16.)

Ausführliche Beschreibung eines Falles von angeborenem Myxödem bei einer 17jährigen Pat. von 15,350 kg Körpergewicht und 80 cm Körperlänge. Alle die von Bourneville als charakteristisch für Myxödem angesprochenen Symptome waren bei dem Mädchen zu konstatiren, als: spärliches Haar, Eksem am Kopf, offene vordere Fontanelle, fehlerhafte Zahnbildung, Veränderungen in der Haut, Pseudolipome in den Schlüsselbeingruben, dicke Gliedmaßen, rauhe Stimme, Hernie, Fehlen der Schilddrüse, Idiotie.

Die Therapie, welche in der Darreichung von Schilddrüsentabletten bestand, war eine erfolgreiche; nach 16 Monate dauernder Behandlung hat die Körpergröße um 24 cm zugenommen, das Körpergewicht war auf 21 kg gestiegen. Haarwuchs reichlich, Fontanelle geschlossen, Haut und Hautfarbe normal, die Zähne haben gesunden Platz gemacht, die Zunge ist beweglicher geworden, die Hernie hat sich zurückgebildet. Die Pat. ist lebhafter geworden und nimmt regen Antheil an allen Vorgängen der Umgebung. Während die Kranke vor der Behandlung sich wie ein 1jähriges Kind benahm, steht sie nach der Behandlung auf dem geistigen Niveau eines 3—4jährigen Individuums. Die Darreichung der Schilddrüsentabletten wird in S.'s Falle eine dauernde bleiben müssen, nachdem nach Aussetzen der Medikation die Symptome des Myxödems stärker hervortraten.

Gold (Bielitz).



45) **E. B. Blumenau.** Ein Fall von Laryngitis haemorrhagica bei Unterleibstyphus.

(Wratsch 1899. No. 21. [Russisch.])

Die 25jährige Pat. kam wegen akuter Laryngitis ins Hospital; man nahm Influenza als Ursache an; am rechten wahren Stimmband und in der Regio interarytaenoidea je ein kleines Geschwür. In der 2. Woche wurde aber Typhus diagnosticirt (Widal positiv), wobei Pat. auf den Beinen blieb. In der 3. Woche waren die Ränder der Stimmbänder und die Interarytaenoidalgegend von Blutgerinnseln bedeckt, Laryngitis haemorrhagica. Im Auswurf täglich ein Thee- bis Esslöffel Blut. Auf Pulverisation mit Acid. tannicum stand die Blutung. Heilung nach 5—6 Wochen. B. untersuchte die Oberfläche der Larynxgeschwüre und konnte daraus Reinkulturen von Eberth'schen Bacillen gewinnen. — Zum Schluss spricht sich B. gegen die Aufstellung der Laryngitis haemorrhagica als besondere Krankheitsform aus und hält sie bloß als eine Modifikation der Laryngitis acuta.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

46) **Jacques.** De l'intubation du larynx dans la clientéle privée.

(Revue des malad. de l'enfance 1899. Mai.)

Verf. hat in 190 Fällen meist diphtherischer Kehlkopfstenose die Intubation ohne einen Unglücksfall in der Privatpraxis angewandt. Er glaubt, dass die beiden Gefahren, Verstopfung des Röhrchens und Ausstoßung desselben, auch bei Pat. ohne sachkundige Pflege nicht sehr erheblich sind. Verstopfung des Röhrchens während der Operation durch Ablösung der Membranen wurde nur 5mal beobachtet; die später auftretenden Verstopfungen waren meist nicht totale, oder aber es gelang durch Erregung von Husten (Einflößen von Kognak etc.), die augenblickliche Gefahr zu beseitigen.

Das Aushusten des Röhrchens ist oft als günstiges Zeichen zu betrachten, da es eine Abschwellung der Glottis beweist. Jedenfalls ist nach spontaner Ektubation immer genügend Zeit, den Arzt zu holen. — Der Faden wurde grundsätzlich einige Minuten nach Einführung des Röhrchens entfernt.

F. Göppert (Breslau).

47) **E. Kummer.** Fibrome sténosant sous-glottique. Extirpation par laryngotomie.

(Revue méd. de la Suisse romande 1898. No. 10.)

64jähriger Pat., seit Jahren heiser, seit 4—5 Monaten vermehrte Heiserkeit, stetig zunehmende Dyspnoë, Erstickungsanfälle. Die Operation — Durchtrennung der Cartilago thyreoidea in der Mittellinie, Freilegung einer Geschwulst, wobei es vor der Eröffnung des Kehlkopfes zu bedenklicher Apnoë kam — bestätigte den laryngoskopischen Befund: »das Vorhandensein einer abgerundeten, röthlichen Geschwulst, die unter dem rechten Stimmband an einem 1 cm breiten Stiel sitzt«. Entfernung derselben mit dem Galvanokauter, das Stimmband bleibt unverletzt, reaktionslose Heilung.

Die aus zwei durch einen 2 mm breiten Isthmus getheilten Partien zusammengesetzte Geschwulst ist 28 mm lang und 18 mm breit, von glatter, leicht höckriger Oberfläche, auf dem Durchschnitt von bräunlicher Farbe mit zahlreichen Inseln einer weißlichen Substanz. Histologisch wird festgestellt, dass sie in ihrer unteren Schicht aus fibrösem, dichtem Gewebe, und in der oberflächlichen, relativ schmaler, aus Epithelzellen von verschiedener Form besteht. Die tiefste Lage cylindrisch mit länglichen Kernen, darüber eine größere Schicht polyedrischer Zellen mit abgerundeten Kernen und stellenweise gezahnten Rändern. Die oberste Schicht aus abgeplatteten Zellen mit breit gestellten, länglichen Kernen und theilweise in Verhornung.

An der gutartigen und nicht selten vorkommenden Geschwulst ist die Anordnung der Epithelschicht von Bedeutung; es könnte sich hier möglicherweise um eine Umwandlung von Flimmerzellen handeln.

Die Exstirpation der Geschwulst von außen war im vorliegenden Falle sicherer und ungefährlicher als die endolaryngeale Operation.

Kronacher (München).

48) **F. Semon** (London). Die Thyreotomie bei bösartigen Kehlkopfneubildungen.

(Therapie der Gegenwart 1899. Hft. 4.)

3 weitere Erfolge — 2mal Epitheliom, 1mal Sarkom, von den Stimmbändern ausgehend — veranlassen unseren Landsmann S., über seine Erfolge mit der von ihm besonders empfohlenen Thyreotomie bei malignen Kehlkopfneubildungen zu berichten, nachdem er bereits vor $1^3/_4$ Jahr im »Archiv für Laryngologie«, Bd. VI seine Anschauungen und Erfahrungen niedergelegt hat.

S. verfügt über 16 Beobachtungen. Von 12 Pat., die zwischen 1891 und 1898 operirt worden sind, leben 8 ohne Recidiv nach je $7^3/_4$—$1^3/_4$ Jahr, davon 6 bezw. 8 mit guter Stimme; 2 starben im unmittelbaren Anschluss an die Operation.

Bezüglich des Recidivs bietet die Kehlkopfspaltung, mit Umschneidung der bösartigen Neubildung in der gesunden Nachbarschaft, sehr gute Aussichten; sie kommt natürlich nur in Frage bei circumscripten, im Frühstadium befindlichen und durchaus auf das Kehlkopfinnere beschränkten Neubildungen. Von den 14 Kranken, die den Eingriff überstanden, sind 2 auszuscheiden, da der histologische Befund bezw. die Operation ergab, dass in einem Falle Papillom, im anderen Tuberkulose vorlag; bei den übrigen 12 ist ein Recidiv nicht eingetreten, wenigstens bei 11 sicherlich nicht. Ein Kranker starb nämlich 10 Monate nach der Operation im Schlaf, nachdem sich vor der Trachea ein Abscess ausgebildet hatte; eine genauere Untersuchung vorher, wie die Sektion konnte nicht vorgenommen werden.

Bedingung für guten Erfolg sind frühzeitige Diagnose — wie S. hervorhebt, bildet die einfache, trockene Heiserkeit das bei Weitem häufigste erste und einzigste Symptom der bösartigen Neubildung — und gründliches Vorgehen bei der Operation. Phonetische Rücksichten kommen erst in zweiter Linie in Frage. Zeigt sich nach Aufklappung des Kehlkopfs, dass die Geschwulst weiter vorgeschritten ist, als der laryngoskopische Befund vermuthen ließ, so darf man sich nicht mit der Entfernung der Weichtheile (Schleimhaut, Stimmbänder) begnügen; wo das Knorpelgerüst bereits »infiltrirt« ist, muss die Thyreotomie zur partiellen Kehlkopfexstirpation erweitert werden.

Bezüglich der Technik der Operation wird auf die erwähnte frühere Arbeit von S. verwiesen. **Gross** (Straßburg i/E.).

49) **O. Föderl.** Zur Technik der Larynxexstirpation.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 4.)

Verf. hat schon früher einmal wegen Obliteration nach Verletzung eine Resektion der Luftröhre mit vollem Erfolg vornehmen können. Er konnte dabei, wie auch an Leichenversuchen, konstatiren, dass man ausgedehnte Partien der Luftröhre zu reseciren vermag, und dass die Freipräparirung derselben nicht zur Nekrose führt. F. verfuhr nun in einem Falle, wo er zur Entfernung des Kehlkopfes gezwungen war, ähnlich, d. h. er stellte den Zusammenhang des Respirationsweges nach oben dadurch her, dass er das Os hyoïdeum mit der durchschnittenen Cartilago cricoidea durch Seidenfäden wieder verknüpfte. Der Erfolg war ein sehr guter. Pat. verließ schon nach 14 Tagen die Klinik. Die Ernährung wurde durch einen in die Nase eingeführten Katheter besorgt, die Luftröhre über der Kanüle tamponirt und der Tampon zum Mund herausgeführt. F. ist nun der Ansicht, dass die Verhältnisse noch viel günstiger liegen würden, wo man nicht gezwungen ist, die Epiglottis mit zu entfernen. Auch darüber hat er am Kadaver sehr lehrreiche Versuche gemacht. An Abbildungen sind die Befunde nach solchen Operationen gut geschildert. Nach 8 Monaten war der Pat. noch recidivfrei. Die Details der Operation, welche sich im Wesentlichen nur in der neuen Mundversorgung von anderen Verfahren unterscheidet, wie einige andere interessante

Betrachtungen über die Ernährung und Nachbehandlung nach Kehlkopfexstirpat
sind im Original nachzulesen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

50) **N. M. Wolkowitsch.** Nachtrag zum Fall der vollständigen Ke
kopfexstirpation wegen Carcinom. Notiz über die Bedeutung
Lymphdrüsenvergrößerung nach Carcinomoperationen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 2.)

Die vor 2 Jahren operirte Pat. ist bis jetzt recidivfrei. Die Submaxillardrü
sind vergrößert — einige bis haselnussgroß — doch nicht sehr hart. Halsdrü
nicht zu fühlen. W. fand diese Drüsenschwellung schon vor 1 Jahr und rieth
Operation, die aber nicht bewilligt wurde. Jetzt glaubt Verf., dass diese
größerten Drüsen die Funktion der bei der Operation entfernten übernom
haben und also nicht carcinomatös sind. Vor 2 Jahren operirte er ein Mam
sarkom, und da die Diagnose zweifelhaft war, wurden alle Drüsen der Umgeb
entfernt. Darauf entwickelte sich Schwellung der Supraclaviculardrüsen. Di
Fall spricht für die Richtigkeit obiger Annahme des Verf.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

51) **G. C. Aue.** Plastische Deckung von Trachealdefekten.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 3.)

Beim 14jährigen Knaben war der 5 cm lange, 2—3 cm breite Defekt n
einer vor $11^1/_2$ Jahren gemachten Tracheotomie entstanden. Es fanden sich: 1)
unentwickelter enger Kehlkopf (wie beim 6jährigen Knaben); 2) eine quere N
an der hinteren Wand; 3) ein Defekt im Ringknorpel und den 5 oberen Trach
ringen. Zuerst wurde die Narbe hinten excidirt und die Wunde durch e
Hautlappen vom Hals gedeckt, dann der Kehlhopf mit Schrötter'schen D
tatoren bis zu No. 9 erweitert, und der Knabe ans Athmen mit geschlosse
Defekt gewöhnt. Nun erst schloss Prof. Sklifossowski letzteren durch ei
Haut-Knochenlappen aus dem Brustbein, den er erst auf der Wundfläche
einem Hautlappen bedeckt hatte. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

52) **Killian.** Über die Leistungen der direkten Bronchoskopie
Fremdkörpern der Lunge.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 22.)

In dem einen der beiden mitgetheilten Fälle gelang es, durch die un
Bronchoskopie von einer Laparotomiewunde aus die im rechten Bronchus f
sitzende Bohne nachzuweisen und mittels eines durch die Röhre eingefüh
Häkchens zu entfernen. — Der 2. Pat. hatte ein Stück Birne aspirirt, einen T
davon ausgehustet, während der Rest am Eingang für den Bronchus des rec
Mittellappens stecken blieb. Theilchen desselben wurden nach fauligem Ze
entleert, womit auch, nach Abschwellen der um ihn gebildeten Granulationen,
Athmung wieder freier wurde; auch der letzte Rest kam schließlich zur A
stoßung. Der Nutzen der Bronchoskopie bestand bei dem Falle darin, dass
über das Krankheitsbild — freilich nach wiederholten Untersuchungen in N
kose — Klarheit erbrachte, wenn sich auch der Fremdkörper allmählich spon
eliminirte. **Kramer** (Glogau).

53) **A. A. Bobrow.** Chirurgische Hilfe in einigen Fällen von Lung
entzündung.

(Chirurgia 1899. p. 14. [Russisch.])

B. hat 5mal die operative Eröffnung der Lunge vorgenommen: 1mal w
Echinococcus (Heilung), 2mal wegen Lungenabscess und 2mal wegen Sklerose
Lunge mit putrider Bronchitis. Von diesen Fällen ist 1 gestorben; über die
deren giebt der Verf. genaueren Bericht. Die Diagnose war Anfangs auf

Empyem der Pleura gestellt worden, und erst während der Operation zeigte sich der wahre Sachverhalt. B. bemerkt am Schluss seiner Ausführungen, dass es jetzt Zeit sei, daran zu denken, dass man die septischen Entzündungen der Lunge grundsätzlich eben so behandeln sollte, wie diejenigen anderer Organe.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

54) **V. Subbotić.** Empyem mit Kalkauflagerungen.

(Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 1899. No. 11. [Serbisch.])

Pat. hatte seit 8 Monaten eine Fistel in der linken Axillarlinie in der Höhe der 7. Rippe, durch welche man in eine kindskopfgroße Höhle kam. Bei der Operation (Rippenresektion) wurde die ganze Höhle mit einer 1—2 mm dicken Kalkschicht ausgemauert gefunden, welche stückweise zerbrochen nnd entfernt werden musste. Die Höhle wurde drainirt, Pat. befindet sich wohl.

v. Cačković (Agram).

55) **G. Blumer** (Albany). Tuberculosis of the aorta.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Januar.)

B. theilt den pathologisch-anatomischen Befund von 2 Fällen tuberkulöser Aortitis mit, die sich als Theilerscheinung allgemeiner Tuberkulose bei einem 45jährigen Farbigen und einem 50jährigen Weißen vorfand. In beiden Fällen bestand Tuberkelbildung in der Intima der Aorta desc. In dem 1. Falle sind die pathologischen Bildungen als 2 nadelkopfgroße, graue, durchscheinende, scharf lokalisirte, über die Fläche der Intima vorragende Knötchen charakterisirt; im zweiten handelt es sich um ein Knötchen, das durch stärkeres Hervorragen über die Gefäßinnenwand ein polypenähnliches Aussehen hat und durch Konfluenz von 3—4 Einzelknötchen entstanden zu sein scheint. Der mikroskopische Befund ergiebt die Charakteristica des Tuberkelknötchens mit meist centraler Verkäsung.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Nochmals die Spätnaht.

Von

Privatdocent Dr. ***Egbert Braatz*** *in Königsberg i/Pr.*

In No. 26 macht A. Köppen zu der von mir in No. 4 dieses Blattes beschriebenen Spätnaht eine Reihe von Bemerkungen, die nicht ohne eine kurze Berichtigung bleiben können.

Köppen meint, das einfache Liegenlassen bei der Operation gelegter Fäden dürfte in allen Fällen reiner Wunden zur Sekundärnaht genügen. Nun, wer damit zufrieden ist, mag es so thun, ich selbst habe ja dieses für einige wenige Nähte als genügend angegeben. Wer aber, wie ich, das Missliche und Unzureichende dieses einfachen Verfahrens gegenüber einigermaßen größeren Aufgaben jahrelang kennen gelernt hat, wird sich diese Genügsamkeit nicht zum Muster nehmen. Wenn jenes einfache Liegenlassen der Fäden voll genügte, hätten ja sich auch sicher keine Chirurgen gefunden, die den Pat. nur zu der Sekundärnaht allein einer zweiten Narkose unterworfen haben.

Es will Köppen hier Manches nicht einleuchten. Wenn ich rathe, man solle durch die erste Schlinge nicht einen dickeren Faden legen als jene ist, weil sein Durchziehen dann Schmerzen verursachen kann, so meint dem gegenüber Köppen — ja, was er eigentlich meint, ist nicht klar, denn er behauptet hierbei, dass »bei reinen Stichkanälen der Faden einwächst«. Ein solches Einwachsen wäre aber doch zugleich auch für das von Köppen befürwortete Liegenlassen der Fäden ein schlimmes Ereignis, wenn es wirklich vorkäme. Oder lassen sich nicht auch die »eingewachsenen Fäden« Köppen's, wie das sonst in der Welt üblich ist, nur durch bloßes leichtes

Anziehen entfernen? Es wird sich da wohl nur um ein Antrocknen und Festk der Fäden gehandelt haben und nicht gleich um Anwachsen. Dass das Durchz eines zu dicken Fadens durch einen Stichkanal Schmerz verursachen muss, ist so leicht einzusehen, dass ich über diesen kleinen Technicismus hier keine lange handlung schreiben werde. Ich hatte als Nachtheil der Schleich'schen Infiltrat anästhesie für die Sekundärnaht angeführt, dass die durch die Granulationen oh schon verwischten Gewebskontouren durch die Aufschwemmung noch undeutl würden. Das soll nach Köppen nicht zutreffen, da sich Granulationen überh nicht aufschwemmen ließen. Diese Meinung Köppen's beweist nur, dass er nicht genügend auf die Infiltrationsanästhesie eingearbeitet ist, trotzdem er si die Sekundärnaht empfiehlt. Der Kürze halber verweise ich hier auf Schle »Schmerzlose Operationen« (1. Aufl. p. 185, 4. Aufl. p. 220). Es wäre aber rich gewesen, wenn Köppen sich über die Infiltrationsfähigkeit der Granulationen b orientirt hätte, bevor er so unrichtige Behauptungen zu veröffentlichen für wendig gehalten hat.

Als einen Vorzug meiner Sekundärnaht hatte ich erwähnt, dass man bei ihr die Kontouren der Gewebe gut sehen kann, während man bei dem späteren An der Nähte, namentlich unter Lokalanästhesie, in der »granulationsbedeckten T eher »Gefäße, Peritoneum u. A. m.« verletzen kann. Köppen hält dem entg dass es besser sei, die Granulationen mit dem scharfen Löffel »eventuell bis au Peritoneum« wegzukratzen. Das scheint mir doch nicht probat zu sein. Jeden hat bei meinem Verfahren der scharfe Löffel in der Nähe von großen Gef Peritoneum etc. nichts zu thun. Wie bekannt, war ich einer der Ersten, der fü wirklich segensreiche Schleich'sche Lokalanästhesie auch in der Litteratur ei und ich mache von ihr gern die ausgiebigste Anwendung. Aber für die Sekun naht wende ich sie nicht an. Denn bei meiner Sekundärnaht hat der Pat. in Narkose von dem Einlegen der Schlingen nichts gemerkt. Diese selbst sind, d kurz sind und an der Wundwand liegen, feucht[1] und geschmeidig geblieben. Es also zum definitiven Schluss der Wunde nur das Durchziehen und Knüpfen fris angefeuchteter Fäden mittels jener Schlingen. Wie leicht, schnell und einfach geht, davon hat Köppen offenbar nicht die richtige Vorstellung. Dagegen is Infiltrationsanästhesie doch mindestens das längere Manipuliren in der Wunde Fingern und Spritzennadel in Anschlag zu bringen, um 10—12 Stichstellen zu triren. Wozu nun durchaus infiltriren, wo es nicht nöthig ist?

Köppen will es auch nicht glauben, dass ein geschwächter und aufger Operirter, wie ich sagte, »im Ganzen kein günstiger Fall für Infiltrationsanäs ist« und appellirt hier an die Erfahrung.

Ich habe mich für jene meine Behauptung einzig und allein auf meine e Erfahrung gestützt. Aus Köppen's Äußerung folgt nur, dass er solche Erfah noch nicht gemacht hat und die Zeit dazu nicht erst abwarten wollte.

Trotz alledem habe ich aber nicht, wie Köppen mir das unterschiebt, die I trationsanästhesie zur Sekundärnaht für »unmöglich« erklärt. Denn was ist sch lich nicht Alles möglich?

Alle die Einwände z. B., die Köppen gegen meine Sekundärnaht vorbr hätte ich bis vor 3 Tagen auch für unmöglich gehalten.

---

[1] *Von der Einschaltung von Impermeabeln in den Verband ist man in rich Erkenntnis der Bedeutung des Trockenverbandes schon so weit abgekommen, man auf das von Köppen zum Feuchthalten der Fäden empfohlene Pergamentp verzichten wird.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Ve handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König**, in Berlin. **E. Richter**, in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31. Sonnabend, den 5. August. 1899.

1) **Thorn.** Über den Befund eines diphtherieähnlichen Bakteriums auf granulirenden Wunden (Bacillus diphtherideus vulneris).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 4.)

Verf. fand bei 7 näher beschriebenen Fällen einen auf Wunden sekundär angesiedelten Mikroorganismus, der zu der Klasse der Bacillen gehört und, wie die Überschrift lehrt, den Diphtheriebacillen ähnlich ist. Indessen zeigt dieser energisch proliferirende und mit pyogenen Kokken zusammenlebende Bacillus von den Löffler-

schen Bacillen auch wieder wesentliche Verschiedenheiten. Sowo seine Virulenzverhältnisse wie seine sonstigen morphologischen ur biologischen Eigenschaften trennen ihn von jenen. Besonders kar man von ihm sagen, dass er klinisch der Art des Verhaltens d Wunde wie des Allgemeinbefindens nach keine echte Wunddiphther erzeugt. Er gelangt von der Haut aus in die Wunden, ist aber trot dem nicht als ein häufig vorkommender Hautparasit anzusehen. Üb die einzelnen bakteriologischen Versuche, Impfexperimente mit de einschlägigen Bacillen an Thieren und über die am Menschen b obachteten einzelnen Verhältnisse ist im Original nachzulesen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **Chevalier.** Sur un champignon parasite dans les affe tions cancéreuses.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 60.)

Der von C. gezüchtete Pilz, der möglicherweise der Erreger d Carcinoms sei, entstammt verschiedenen Quellen. C. fand ihn frischen von Lebenden exstirpirten Geschwülsten, ferner in seku dären nicht ulcerirten Herden, die bei Sektionen gefunden wurde weiter im Blut von Carcinomkranken und endlich sogar in der Luft der Säle solcher Pat., die längere Zeit mit Petrischalen in Berührur gelassen war. Die Kulturen wurden gezüchtet auf Bouillon, Aga Serum, Gelatine, Kartoffeln und Kohl, stets mit positivem Erfol Mikroskopisch war die sehr verschiedenartige morphologische E scheinung des Parasiten auffallend, die von C. auf das Alter ur den Nährboden zurückgeführt wird. C. sah Kugeln, Sporen ur Coccidien. Als beste Färbemittel ergaben sich Kühne'sches Bla Gentianaviolett und Safranin. Inokulationsversuche bei Meerschwei chen, Kaninchen und Hunden ergaben Geschwülste am Ort der I jektion, später allgemeine Kachexie und bei der Sektion Lymp drüsenschwellungen und Metastasen in den Eingeweiden. Die e perimentellen Geschwülste zeigten Bilder von Sarkom, Fibrosarko und Carcinom. — C. ist vorsichtig genug, vorläufig die Specificit des Parasiten noch mit einem Fragezeichen zu versehen.

Jaffé (Hamburg).

---

3) **E. Welcke.** Eine neue Methode der Geißelfärbung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIX. Hft. 1.)

Verf. suchte nach einer neuen Methode der Geißelfärbung, n welcher es besser als nach der Löffler'schen gelänge, die Färbur resp. ihr Gelingen und Misslingen von allen möglichen Zufällen u abhängig zu machen. In sehr umfangreichen Experimenten, welcl durch zahlreiche Beobachtungen Aufklärung verschafften, bildete V die in dem Aufsatz dargestellte neue Methode aus, deren genaue Beschreibung im Referat nicht angängig ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

4) **A. Henle** und **H. Wagner.** Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Transplantation ungestielter Hautlappen. I. Klinischer Theil von H. Wagner.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 1.)

W. berichtet über die Erfahrungen, welche in der Mikulicz-schen Klinik mit Transplantation ungestielter Hautlappen gemacht wurden. Für die Technik waren im Allgemeinen die Vorschriften Krause's maßgebend. Nach Reinigung des Operationsfeldes mit Wasser, Seife und Alkohol wurden meist aus der Vorderfläche des Oberschenkels längliche, an den Enden zugespitzte Hautstreifen von bis zu 8 cm Breite und 45 cm Länge sammt dem Fettgewebe excidirt, dann letzteres mit der Schere entfernt und die Streifen auf die zu bedeckende Wunde, eventuell nach Abkratzung der Granulationen, aufgelegt. Die gesetzten Defekte wurden durch Nähte vereinigt. Aseptische Wundbedeckung; erster Verbandwechsel nach 9—10 Tagen. — Die Transplantationen wurden im Ganzen in 51 Fällen angewandt, und zwar vorzugsweise bei Unterschenkelgeschwüren, dann bei Defekten nach Trauma, nach Excision von Narben, nach Exstirpation von Tumoren, endlich zum Ersatz von Haaren. — Die Resultate entsprachen den Erwartungen nur in den Fällen von Haarersatz vollkommen; im Übrigen waren sie nicht sehr befriedigend, der Procentsatz von Misserfolgen (25,4%) erheblich größer als bei der Thiersch-schen Methode.

Nach Verf.s Erfahrungen wäre im Allgemeinen die letztere Methode vorzuziehen; für Defekte der Hand und Finger, wo diese ebenfalls wenig geeignet ist, dürfte am ehesten die Übertragung gestielter Lappen in Betracht kommen. Zu kosmetischen Zwecken empfehlen sich Hautlappen nach Krause mehr als solche nach Thiersch; der Erfolg ist aber auch kein idealer, da sich die Lappen durch ihre Färbung von der umgebenden Haut unterscheiden; konkurrenzlos steht dagegen die Krause'sche Transplantation da, wenn es sich um Ersatz von Haaren handelt. **Honsell** (Tübingen).

---

5) **Ajevoli.** Sul meccanismo delle fratture in rapporto alle leggi sulle deformazione dei corpi solidi.

(Arch. di ortopedia 1898. No. 6.)

Der Mechanismus der Knochenbrüche muss in Beziehung zu den allgemeinen Gesetzen der Statik stehen und aus diesen erklärt werden. A. erläutert zunächst die bei den Veränderungen, welche feste Körper erleiden, in Betracht kommenden Kräfte, Gesetze und Begriffe an der Hand von mathematischen Erörterungen, welche zum Referat sich nicht eignen. Weiter giebt er eine Übersicht über die Spongiosastruktur in den verschiedenen Knochen und berührt kurz die Untersuchungen anderer Autoren, vornehmlich von Messerer, über die Festigkeit der Röhrenknochen gegen Druck, Biegung, Flexion etc., deren Rich-

tigkeit er jedoch nur zum Theil anerkennt. Nach ihm haben Messerer'schen Versuche wesentlich nur für Brüche durch dir Gewalt Geltung, während die Mehrzahl der in Betracht kommen durch indirekte entständen. Hier lassen sich nun Beziehun zwischen den bevorzugten Bruchformen und -stellen und den al meinen Gesetzen der Gestaltsveränderungen der festen Körper na weisen. A. scheint, wenn Ref. richtig versteht, nicht anzuerkenn dass die Messerer'schen Zahlen, die Form der Knochen, Geschl etc. den Frakturverlauf und die Form der Stücke beeinfluss vielmehr lassen diese sich aus obigen Gesetzen ableiten und bei a starken Körpern wiederfinden. Das Wesentliche sind nach ihm Veränderungen gegen Biegung. — Die Arbeit giebt nur Anregun allgemeiner Art, specielle Ausführungen werden für später in A sicht gestellt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

6) **Fischoeder.** Das Schicksal replantirter Knochenstü vom histologischen Gesichtspunkt aus betrachtet.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 4.)

Die vorliegende Arbeit ist veranlasst durch die bekannte la jährige Kontroverse zwischen J. Wolff und David auf der ei Barth auf der anderen Seite. Bekanntlich handelt es sich um Frage, ob eingepflanzte Knochenstücke ihre Lebensfähigkeit beha oder dieselbe einbüßen und als Fremdkörper einheilen. F. mac zahlreiche einschlägige Versuche an Schädelknochen von Thieren beschreibt seine mikroskopischen Befunde, welche ja das wesent Ausschlaggebende für die Entscheidung sind. Auf Grund di Präparate kommt er nun zu dem Schluss, dass er sich den Ansch ungen Barth's anschließen müsse und dass er im Großen und Gan dieselben mikroskopischen Resultate bekam wie Jener. In der Ha sache kommt es natürlich auf die Kernfärbung an, und diese z dem Verf. deutlich, dass der eingepflanzte alte Knochen nekroti wird. Derselbe schwindet theils durch typische Resorption, th durch Anlagerung neuer Knochenschichten, die langsam vorrüc und den alten Knochen verdrängen. Bei den jungen Versu thieren entsteht eine Knochenneubildung, welche ganz den Chara und die Beschaffenheit des resorbirten Knochens hat. Die Versu protokolle bilden den Schluss der Arbeit.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

7) **G. Muscatello** und **D. Damascelli.** Über den Einfl der Nervendurchschneidung auf die Heilung von Knoch brüchen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 4.)

Die Frage, in welcher Weise Nervendurchschneidungen die H lung von Knochenbrüchen beeinflussen, ist sehr verschiedenartig antwortet worden. Noch die jüngsten Arbeiten von Kapsamn

und Biagi kommen zu entgegengesetzten Resultaten. Desshalb gingen die beiden Verff. daran, exakte Nachprüfungen an jungen Thieren unter ganz bestimmten Vorsichtsmaßregeln anzustellen. Ihre Untersuchungen bestätigen im Allgemeinen die neueren Ansichten Kapsammer's, dass die Nervendurchtrennung auf die Callusbildung keinen Einfluss habe, der auf direkter angioneurotischer Grundlage fußt. Die Knochenheilung fand an dem gelähmten Glied in derselben Zeit statt wie an dem zur Kontrolle gleichzeitig und gleichartig gebrochenen normal innervirten Glied. Auch sind nach der Verff. Präparaten die Heilungsvorgänge ganz die gleichen bei beiden Arten von Brüchen, d. h. die Phasen des Heilungsprocesses, die Art der Konsolidation durch einen knöchernen Callus bleibt immer dieselbe. Zugleich ergaben die Experimente, dass andere Resultate auf technischen Fehlern der angestellten Untersuchungen beruhen, in so fern schlecht angelegte Apparate Knochenverschiebungen, anormale Bewegungen und damit oft übertriebene Callusbildungen begünstigten, Fehler, welche bei Nervenlähmungen um so leichter vorkommen können, da die Sensibilität eben aufgehoben ist. Andererseits sind eintretende Knochenatrophien nach nervösen Störungen nicht auf die Nervenverletzungen zurückzuführen, sondern die Inaktivität spielt hierbei die wesentliche ätiologische Rolle. So giebt hier die unterbrochene Nervenleitung erst eine indirekte Veranlassung zum Knochenschwund. Dies wird an Beispielen erörtert. Die wichtigste Schlussfolgerung aus der Arbeit der italiänischen Autoren ist jedenfalls die, dass die Konsolidation der Knochenbrüche einen normalen Gang nehmen kann, ohne dass dabei der Einfluss des Nervensystems mitwirkt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

8) **Paalzow** (Spandau). Reflektorische Muskelatrophie nach Gelenkverletzungen und ihre Beurtheilung für die Feld- und Garnisondienstfähigkeit, bezw. Invalidität.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1899. Hft. 4.)

Nachdem zuerst Charcot mit der Ansicht aufgetreten war, dass die alte Lehre der Inaktivitätsatrophie nicht haltbar ist, sondern mindestens in vielen Fällen nach Gelenkverletzungen, häufig sogar leichterer Art, der auftretende Muskelschwund durch Fortleitung auf den Bahnen der sensiblen Nerven nach dem Rückenmark und durch Störungen in den Rückenmarkscentren der befallenen Nerven verursacht sei, beginnt sich diese Anschauung immer weiter zu verbreiten. Hier werden 2 neue Fälle zu Gunsten der Theorie berichtet, in deren einem zwar böser Wille und Übertreibung nicht auszuschließen war, deren anderer aber in dieser Hinsicht einwandsfrei ist. Beide Mal handelt es sich um Kniegelenke, welche andauernd noch schmerzten trotz des Fehlens erheblicherer nachweisbarer Veränderungen und von nicht unbeträchtlichem Schwund des Quadriceps begleitet waren. Durch Benutzung des Beins beziehungsweise medikomechanische Behandlung war die Annahme einer Inaktivitätsatrophie

ausgeschlossen, und dennoch war merkbarer Schwund und funktionelle Schwäche eingetreten. Ja, zuweilen lässt sich der Schwund durch entsprechende Behandlung sogar aufhalten, die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit hingegen nicht.

Entsprechend der militärischen Charge des Berichterstatters wird hier die Bedeutung dieser Anschauungen für Beurtheilung der Ganz- oder Halbinvalidität mehr betont, als die Wichtigkeit für den Civilarzt, welcher einen Unfall und dessen Folgen zu beurtheilen hat. Es ist aber nicht zu verkennen, dass eine reflektorische Affektion des Rückenmarks eine ernstere Bedeutung für den Verletzten hat, als ein einfacher Muskelschwund durch Nichtgebrauch, welcher einer allmählichen vollständigen Beseitigung bei stärkerem Gebrauch weit besser fähig sein muss. Auch hinsichtlich der Behandlung ist die hier vertretene Anschauung nicht ohne Bedeutung, da nur frühzeitiges Eingreifen mediko-mechanischer Behandlung späteren ernsteren Folgen vorzubeugen vermag. Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

9) **Lannelongue** und **Achard.** Sur le traumatisme t lae tuberculose.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 54.)

Die bekannten Versuche Schüller's über die Entwicklung tuberkulöser Processe in Gelenken nach Traumen, welche von Becker, Krause u. A. bestätigt wurden, bedürfen nach L. und A. der Nachprüfung. Einmal, weil die klinische Erfahrung hiermit nicht übereinstimmt, da nur selten ein größeres Trauma ohne äußere Verletzung bei einem Phthisiker eine lokale Tuberkulose erzeugt; ferner, weil zur Zeit der Schüller'schen Versuche (1880) der wahre Erreger der Tuberkulose noch nicht bekannt war. Die Verff. haben desshalb die Versuche wieder aufgenommen; sie brachten Meerschweinchen subkutan in das Bauchfell, die Luftröhre und den Blutkreislauf tuberkulöse Massen bei und erzeugten alsdann mehr oder weniger schwere Gelenkkontusionen. Alle diese Thiere starben an allgemeiner Tuberkulose, aber kein einziges zeigte tuberkulöse Veränderungen am Ort des Traumas. Diese Resultate stimmen mit den oben erwähnten klinischen Erfahrungen überein und lehren, dass durchaus nicht immer die Tuberkulose sich am Ort eines Traumas lokalisirt.

Die Versuche zeigten ferner, wie selten das Blut tuberkulöser Thiere inficirt wird; diese Infektion scheint erst postmortal zu Stande zu kommen. Impfversuche mit dem Blut lebender tuberkulöser Meerschweinchen fielen negativ aus, während das todten Thieren entnommene Blut unter 4 Fällen 3mal bei anderen Thieren Tuberkulose hervorrief.

Die Resultate der Verff. sind so auffallend und widersprechen den bisherigen Erfahrungen derartig, dass man weitere Untersuchungen und Nachprüfungen abwarten müssen wird, ehe man zu einem definitiven Urtheil kommen kann. Jaffé (Hamburg).



10) J. Bukovsky. Die Ergebnisse der Behandlung tuberkulöser Hautaffektionen mit Tuberkulin R.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 2.)

In der dermatologischen Klinik von Janovsky in Prag hat man in 20 Fällen Versuche mit TR gemacht. Die Resultate waren recht ungünstig. Verf. bezeichnet das Präparat als sehr labil; man muss täglich frische Lösungen bereiten und soll für jeden Kranken möglichst nur ein Präparat von gleichem Datum benutzen. Man soll mit höchstens 0,002 mg fester Substanz beginnen, bei ausgebreiteten Formen mit noch weniger. Die Injektionen sollen im Allgemeinen jeden 2. Tag gemacht und ihre Dosis immer verdoppelt werden. Bei höheren Dosen aber soll man vorsichtiger vorgehen. An der Einspritzungsstelle tritt keine Reizung, manchmal etwas Schmerz ein. Gesammtreaktion war immer vorhanden, aber nicht im Verhältnis zur Stärke der Einspritzungen (außer Fieber »bedeutende Affektion des Nervensystems und Verdauungstraktes; besonders war Appetitlosigkeit typisch«). Meist bedeutende Gewichtsabnahme, Leukocytose, heftige Lokalreaktion an den erkrankten Organen. Von einer heilenden Wirkung konnte nur in 2 Fällen die Rede sein; in den übrigen war eine gewisse Besserung vorhanden, doch trat in einem noch während der Behandlung ein Recidiv ein. Die Reaktion auf das alte Tuberkulin war bei 4 Fällen nach der Behandlung noch vorhanden. Diagnostisch ist auch das TR ein gutes Mittel. Bei der histologischen Untersuchung eines Falles von Tuberculosis verrucosa cutis fand sich am Ende der Behandlung kein Anzeichen von Heilung.

Jadassohn (Bern).

---

11) H. Napp und **C. Grouven.** Über die Resultate der TR-Behandlung in der Bonner Hautklinik.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 3.)

In der Klinik Doutrelepont's sind ausgedehnte Versuche mit dem TR gemacht worden, über welche in der vorliegenden Arbeit Bericht erstattet wird, und zwar auf Grund einer tabellarischen, 39 Fälle umfassenden Übersicht. Die Lösungen wurden zuerst mit physiologischer Kochsalzlösung, dann mit 20%igem Glycerinwasser hergestellt; während zuerst ungefähr nach der Koch'schen Angabe verfahren wurde, stieg man später jedes Mal nur um $^1/_{500}$ mg. Die Mehrzahl der Fälle wurde zugleich in anderer Weise (mit den von Doutrelepont mit Vorliebe angewendeten feuchten Sublimatverbänden, mit Operationen etc.) behandelt, einige auch nur mit TR. Auch bei diesem wurden zum Theil recht eklatante Besserungen beobachtet. Ein Einfluss auf gleichzeitig bestehende innere Tuberkulose wurde nicht beobachtet. Das Allgemeinbefinden der mit TR behandelten Pat. war ein außerordentlich wechselvolles; die Temperatursteigerungen boten die nun schon bekannten Unregelmäßigkeiten dar. In 2 Fällen kamen ohne nachweisbare Ursache bei kräftigen

jungen Menschen »schwerere, zum Theil direkt bedrohliche Erschei-nungen« zur Beobachtung (Athemnoth, Cyanose, Collaps etc.). Di Erscheinungen an den Injektionsstellen waren nicht wesentlich. Da Körpergewicht nahm bei einer Anzahl Pat. ab. Albuminurie trat be einigen in meist unbedeutender Weise auf; Ikterus und Hautblutunge bei einer Pat. Lokale Reaktion wurde (im Gegensatz zu manche anderen Erfahrungen) nur einmal gesehen. Histologisch wurde i wesentlich gebesserten Stellen noch tuberkulöses Gewebe, aber ein augenscheinliche Verminderung der Infiltration gefunden. Recidiv blieben bei einer ganzen Anzahl von Pat. nicht aus.

Die Verff. sind überzeugt davon, dass »das TR, wenn es auc keine dauernde Heilung bringen kann, jedenfalls einen entschiede günstigen Einfluss auf Vernichtung des tuberkulösen Processes aus zuüben im Stande ist und bei vorsichtiger Anwendung keine wesent lichen Schädigungen des Gesammtorganismus im Gefolge hat«.

Der Bericht ist wohl der günstigste, der bisher über die Wir kung des TR auf dermatologischem Gebiet erschienen ist.

Jadassohn (Bern).

---

12) **A. Buschke.** Über die Radikalexstirpation des Lupus

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 1.)

Auf Grund von 18 Krankengeschichten aus der Breslauer der matologischen Klinik bespricht B. die zur Zeit beste Behandlung de Lupus: die Exstirpation. Aus seinen epikritischen Erörterungen heb ich Folgendes kurz hervor: Anästhesirung — wenn möglich — nac Schleich zuerst kutan und subkutan einer ca. 2 cm breiten vor gezeichneten Zone für den Schnitt, dann radiär und ev. etappen weise des subkutanen Gewebes der ganzen erkrankten Stelle; ebe so Infiltration zur Entnahme Thiersch'scher Läppchen oder ganze Hautlappen. Zur Narkose wurde meist Äther, bei gleichzeitige Operation an Mund- oder Nasenschleimhaut Morphium-Chlorofor benutzt. Operation natürlich im Gesunden: in den tiefsten Schichte des subkutanen Gewebes; die Flächenausdehnung ist besonders be den disseminirten Formen schwer zu bestimmen; man kann de Glasdruck, in einzelnen Fällen wohl auch die Grenzen der Reaktions zone nach Injektion von altem Koch'schen Tuberkulin benutzen an der Schleimhaut kann man oft nicht radikal vorgehen — immer hin aber ist es auch dann ein Vortheil, den Hautlupus vollständi zu entfernen. Wenn es leicht und ohne Entstellung möglich ist wird genäht; Thiersch'sche Transplantation auf unverschiebliche oder wenig verschiebbarer Unterlage und da, wo Schrumpfung nicht schadet; sonst gestielte oder ungestielte Lappen. Bei den Trans plantationen Nachbehandlung von vorn herein mit frisch bereitete Borvaseline auf sterilem Lint. Die Technik der Krause'sche Lappen wird näher besprochen. Mit Recht betont Verf. am Schluss dass man in jedem Falle von Lupus zuerst die Möglichkeit de

Exstirpation in Frage ziehen soll, und jede andere Behandlung erst in zweiter Linie steht.

Jadassohn (Bern).

---

13) **O. Tavaststjerna.** Om behandlingen af ansigtslupus genom total exstirpation.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XL. p. 1283.)

Um über die Heilungsdauer der mit Exstirpation behandelten lupösen Fälle Auskunft zu erhalten, hat Verf. die Geschichten von Kranken, welche seit dem Jahre 1892 in der chirurgischen Klinik zu Helsingfors vor mehr als 2 Jahren operirt sind, zusammengestellt. Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die lokale Behandlung v. Hebra's, Jarisch's und Volkmann's erwähnt er die Finsen'sche Behandlungsmethode mit koncentrirtem (ultraviolettem, Ref.) Licht, und theilt dann 20 ausführlich beschriebene und wohl beobachtete Fälle mit. Unter den 18 dieser Fälle, von welchen spätere Nachrichten eingelaufen sind, waren nur 5 ohne Rückfälle geblieben. In den übrigen 13 hat die Krankheit sich wieder gezeigt, und in 4 von diesen sogar vor Jahresfrist. Bei dieser, wenigstens im Vergleich zu den Berichten von Kramer, Fabry und E. Lang, traurigen Prognose muss jedoch erinnert werden, dass keine Auswahl der Fälle von dem Operateur (der neuerdings verstorbene M. W. af Schultén) gemacht wurde. In nicht weniger als 14 Fällen war sogar eine rhinoplastische Operation nothwendig. Dennoch betrachtet Verf. die totale Exstirpation als völlig berechtigt, selbst in den Fällen, wo große Defekte vorliegen; denn nur in dieser Weise können die Kranken ein leidliches Leben führen und in einzelnen Fällen viele Jahre hindurch von ihrem Leiden befreit werden.

A. Hansson (Cimbrishamn).

---

14) **B. G. A. Moynihan.** The arcis and gale lectures on the anatomy and surgery of the peritoneal fossae. Lecture I: The duodenal fossae — duodenal hernia.

(Brit. med. journ. 1899. März 4.)

Auf Grund von zahlreichen Leichenuntersuchungen konnte M. im Ganzen 9 verschiedene Bauchfelltaschen in der Duodenalgegend unterscheiden. Nach seiner Beobachtung wechseln dieselben ihre Erscheinungsform je nach dem Alter des Individuums. Bei Föten und in jugendlichem Alter sind sie am typischsten zu beobachten.

M. unterscheidet:

1) eine Fossa duodenalis superior (40—50%) (Recess. duodeno-mesocolicus sup.);

2) eine Fossa duodenalis inferior (Fossa duod.-jejun. Treitz; Recess. duodeno-mesocol. inf. Broesike) (in 70—75% der untersuchten Fälle vorhanden). Bezüglich der Entstehung dieser beiden Bauchfelltaschen schließt sich M. der Ansicht Toldt's an, der sie durch Verschmelzung, durch »physiologische Adhäsionen«, der peritonealen

Flächen des aufsteigenden Duodenums und des absteigenden Meso
in frühem Entwicklungsstadium zu Stande kommen lässt;

3) die Fossa duodenalis posterior (Rec. duod.-jejun. post.
sike);

4) Fossa duodeno-jejunalis (Rec. duodeno-jej. sup.);

5) die Fossa intermesocolica (Rec. intermesocol. transvers.

6) die Fossa infraduodenalis (Fosette rétroduodén. of Jonn

7) die Fossa paraduodenalis (Recessus venosus, Foss. of La

8) und 9) die Fossa mesenterico-parietalis und paraje
(Waldeyer), die zusammengehören, da sie ein und dieselbe T
unter verschiedenen Bedingungen zu Stande gekommen, dar

Die von M. gegebene ausführliche Beschreibung von La
Umgrenzung der einzelnen Taschen ist illustrirt durch Zeichn
Eine weitere Besprechung würde hier zu weit führen.

M. unterscheidet zwei Arten von Duodenalhernien, eine
und eine linke.

Die linke ist die häufigere — 57 Fälle sind davon besch
— sie entsteht in der Fossa paraduodenalis (Lanzert).
vorderen Wand des Bruchsacks liegt stets die Vena mesenterica
event. begleitet von dem aufsteigenden Ast der linken Art.
Charakteristisch für die Hernie ist einmal die Anwesenheit
Vene im Bruchsackhals, dann die Ausbreitung nach dem Me
descendens oder transversum zu, endlich die Zusammensetzu
Bruchsacks aus einer einfachen Lage des Peritoneum p
posterior vorn, während nach hinten der Bruchsack der h
Bauchwand direkt anliegt. Der Zugang zum Bruchsack l
nächster Nähe der Lendenwirbel (3.), also nach hinten z
Größe des Bruchs ist sehr veränderlich; er kann das Colon d
bedecken oder hinter ihm liegen, je nach dem Verhalten
Mesocolons.

Der rechte Duodenalbruch ist selten, 13 Fälle sind besch
M. ist der Ansicht, dass er in der Fossa mesenterico-pa
(Waldeyer) zu Stande kommt. In 7 Fällen (von 14) hat M
die Anwesenheit einer Adhäsion zwischen Jejunum und h
Bauchwand feststellen können, welche vielleicht bei der Ents
eine Rolle spielt. Der vordere Bruchsackrand enthält stets d
mesent. super.

Klinisch kennzeichnet sich die Duodenalhernie als dur
pation gut abgrenzbare Geschwulst von wechselnder Größ
sonorem Perkussionsschall, leicht beweglich, mit der Res
nicht verschieblich. Bei der Auskultation hört man über d
schwulst überall gurrende Geräusche. Hinzu kommen dann
die Anzeichen des Darmverschlusses bei bestehender Strang
Ohne Einklemmung kann die Duodenalhernie symptomlos be

F. Krumm (Karlsr



15) **H. Nothnagel.** Bemerkung über peritonitische Schmerzen.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 14.)

Die Schulregel, dass man den im Bauch auftretenden kolikartigen Schmerz durch sein paroxysmenartiges Auftreten und Nachlassen bei äußerem Druck stets leicht von dem entzündlichen Schmerz der akuten Peritonitis unterscheiden könne, kann zu schweren diagnostischen Missgriffen führen. N. weist darauf hin, dass die Kontinuitätstrennung des Darms mit consecutiver akuter Peritonitis im Beginn leicht als Kolikschmerz gedeutet werden kann; auch kann bei wirklicher Peritonitis der Schmerz öfters Exacerbationen und Remissionen aufweisen, die den Anschein eines kolikartigen Zustands erwecken. Man muss diese Verhältnisse kennen, um sich vor Irrthümern zu schützen. In der Regel wird bei akuter Peritonitis die lebhafte Steigerung des Schmerzes durch äußeren Druck und das Fehlen völliger Intermissionen des Schmerzes genügen, um die richtige Diagnose zu stellen. Eine sorgfältige Untersuchung mit Berücksichtigung der übrigen Krankheitssymptome wird dann wohl stets zum Ziel führen.

Jaffé (Hamburg).

16) **Chauvel** (Paris). De l'appendicite dans l'armée.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1899. März.)

Durch eine sorgfältige Analyse der in der französischen Armee registrirten Fälle von Epityphlitis gelangt C. zu dem Schluss, dass eine größere Zahl nicht in Eiterung übergegangener, ja selbst noch einzelne in Eiterung ausgehende Erkrankungen durch einfache Behandlung mit Ruhe, blander Diät, Opium, lokaler Antiphlogose im Anfang, später mit Abführmitteln und Klystieren, in Genesung übergeführt werden können. Bei weiter vorgeschrittener Entzündung aber, besonders wenn Übergang in Eiterung nachzuweisen ist, ist im Allgemeinen chirurgisches Eingreifen unvermeidlich, welches in sofortiger Eröffnung der Bauchhöhle, Aufsuchen und Abtragen des Wurmfortsatzes zu bestehen hat. Am meisten empfiehlt sich nach C. die Incision in der Reg. iliaca nach Roux. Sollte der Wurmfortsatz nicht alsbald gefunden werden, so ist es besser, von weiterem Suchen abzusehen und sich auf Eröffnung und Drainage der Abscesshöhle zu beschränken. Über die Frage der Operation bei der recidivirenden Form im freien Intervall (Opération à froid) entscheidet sich C. dahin, dass er sie nur dann für gerechtfertigt hält, wenn eine sorgfältige Untersuchung das Fortbestehen einer Entzündung klar erweist, und der Soldat, vollkommen über die Verhältnisse unterrichtet, die Operation wünscht. Hiermit dürfte man sich wohl einverstanden erklären können.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

17) **A. Pinard.** Appendicite et grossesse.

(Ann. de gynécol. 1899. März.)

P. ist unbedingter Anhänger der Operation bei Epityphlitis während der Schwangerschaft, sobald die Diagnose feststeht. Er

citirt Fälle, die ohne Operation zu Grunde gingen, und andere, die, rechtzeitig operirt, geheilt wurden und normale Geburten durchmachten. Als charakteristisches Initialsymptom erwähnt er eine spastische Kontraktur der Bauchmuskeln auf der rechten Seite, von den Franzosen »défense musculaire« genannt und mit geringer Tympanie der Därme kombinirt. Für die Differentialdiagnose kommen in Betracht die gewöhnliche Indigestion, Gallensteinkolik, Extra-uterin-Schwangerschaft, Salpingitis, Adnextumoren, Ovarialabscesse, Wanderniere und Abdominaltyphus. Bei sorgfältiger Untersuchung werden diagnostische Irrthümer in der Regel zu vermeiden sein.

Jaffé (Hamburg).

---

18) **M. A. Galien.** Über Brüche der Leistengegend traumatischen (resp. künstlichen) Ursprungs.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 3. [Russisch.])

Die russischen Militärärzte richten schon seit längerer Zeit ihre Aufmerksamkeit auf eine bei Hebräern vorkommende besondere Bruchform, die von den Einen für künstlich hervorgerufen, von Anderen für spontan erklärt wird. Die Hauptsymptome dieser Bruchform sind: 1) eine runde halbkugelförmige Geschwulst in der Leistengegend, die sich beim Husten gleichmäßig hervorwölbt, doch keine Neigung zeigt, in den Leistenkanal hinabzusteigen; 2) der Leistenring ist bedeutend verändert: widernatürliche Öffnungen in der Aponeurose des Obl. ext. und in den tieferen Schichten; 3) zum Bruch unverhältnismäßig große Bruchpforten; 4) unnatürliches Verhältnis des Bruchs zum Leistenkanal und Samenstrang: der Bruch tritt entweder zum zerrissenen äußeren Leistenring oder durch ein Loch in der Aponeurose lateral vom Leistenring hervor und 5) Schmerzhaftigkeit, Schwellung und andere Veränderungen der Leistenregion in frischen Fällen; Narben, Auszackungen, Buchten etc. in älteren. — G. untersucht alle diese Symptome und kommt zum Schluss, dass jedes derselben für sich auch bei spontan entstandenen Brüchen vorkommen kann; doch spricht das Vorhandensein mehrerer derselben in einem Bruch sehr für künstliche Entstehung. — Der 2. Theil der Arbeit bringt nach einer Schilderung der Anatomie des Leistenkanals die Beschreibung der Experimente des Verf. an Leichen. Zuerst wurde mit dem Finger und (im Fall des Misslingens auf diese Art) mit einem stumpfen metallischen Cylinder von Fingerdicke die Skrotalhaut in den äußeren Leistenring gedrängt und letzterer nach oben außen zerrissen, bis 2—3 Finger leicht hineindrangen. Darauf wurde durch Pressen mit dem Finger oder dem Instrument die Hinterwand des Leistenkanals zerrissen, entweder in der Fovea ing. media oder höher oben — neben dem inneren Leistenring. Dabei erwies sich stets die Haut, oberflächliche Fascie und Bauchfell unbeschädigt; die Fascia transversa zerrissen. Nun wurde der Druck im Bauch gesteigert, entweder durch Zusammenpressen desselben (2 Experimente an Hebräern, im 2. Falle positives Resultat: Vorwölbung eines

Bruchs aus der Fovea media); oder durch Anfüllen des Darmkanals mit Wasser (Resultate ungenügend), oder endlich durch Anfüllen des Bauchs — nach Herausnahme des Darms — mit heißem Gipsbrei. Die Modifikation des Experiments gab mehrmals positive Resultate. Dabei erwies es sich u. A., dass, wenn die bindegewebige Muskelschicht, die den Leistenkanal ausfüllt und eine Fortsetzung des Obl. int. und Transversus bildet, nicht zerrissen wird, der unter ihr hervorgetretene Bruch in den Hodensack hinabgeleitet werden kann. — G. beobachtete 3 Bruchformen: 1) bei Zerreißung des äußeren Leistenrings und der mittleren Leistengrube entsteht ein Bruch, der der Hernia interna directa (Linhart) sehr ähnelt und medial von der Epigastrica inf. liegt; 2) ist die hintere Kanalwand höher oben — am inneren Leistenring — zerrissen, so verläuft der Bruchkanal schräg, das Bauchfell kann oben, über der Epigastrica, nicht so leicht als unter ihr nachgeben (es ist nicht so lose mit dem subperitonealen Bindegewebe verbunden) und buchtet sich mehr unter der Epigastrica vor; da aber hier die Fovea media nicht zerrissen ist, so bleibt der Bruch klein, bedeckt den Samenstrang von innen und vorn und bietet so den Charakter einer Hernia obliqua externa. Doch liegt auch dieser Bruch medial von der Epigastrica. 3) Ist der äußere Leistenring ganz und ein Loch in der Aponeurose lateral davon gebildet, so steht der so gebildete Bruch dem zweiten Typus näher. — Alle diese Bruchformen unterscheiden sich dadurch von den spontan entstandenen, dass der Bruch nur von Haut, Fascie und Bauchfell bedeckt ist, nicht von der Fascia transversa. — Im 3. Theil werden 5 operirte künstliche Brüche beschrieben; 3 gehören zur 2. Bruchform, der 4. zur 1., der 5. zur 3. — In allen Fällen war der Bruch von mächtigen Lagen Narbengewebe (5 mm bis finderdick) bedeckt, was auch charakteristisch ist für die traumatische Entstehung. — Die 75 Seiten starke Arbeit wird durch 18 Photogramme — äußere Ansichten der Brüche, anatomische Details, Gipsabgüsse — illustrirt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

19) **L. Bérard** et **X. Delore.** De l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel.

(Revue de chir. 1899. No. 5 u. 6.)

In der Abhandlung besprechen die Verff. die verschiedenen Arten und Mechanismen des durch das freie und durch das verwachsene Meckel'sche Divertikel zu Stande kommenden Darmverschlusses, der bei Fixation des Divertikels erheblich häufiger als bei Nichtverwachsung desselben eintritt, und bringen schließlich eine Zusammenstellung von 32 Laparotomien, welche wegen Darmverschluss durch das Divertikel zur Ausführung gekommen waren; von diesen Fällen sind nur 9 durch die Operation geheilt worden, 23 gestorben. Unter den ersteren ist ein von den Verff. aus Poncet's Klinik mitgetheilter Fall, der, einen sehr kräftigen, früher stets gesunden jungen Mann

betreffend, durch das klinische Bild — besondere Spannung und Druckempfindlichkeit des Leibes in der Nabelgegend bei Freisein der Regio ileo-coecalis — den Verdacht auf einen durch ein Meckelsches Divertikel herbeigeführten Darmverschluss erweckte und trotz Bestehens der Ileussymptome seit 11 Tagen durch den Bauchschnitt, welcher eine Darmklemmung durch ein unterhalb des Nabels fixirtes Divertikel ergab, trotz nachfolgender Komplikation mit einer Bronchopneumonie geheilt wurde. — Auf Einzelheiten der Arbeit und besonders der Statistik näher einzugehen, können wir uns ersparen, da die Litteratur und die in ihr veröffentlichten Fälle der Affektion und Operation nicht vollständig wiedergegeben sind.

Kramer (Glogau).

---

20) **v. Hacker.** Kolostomie mit Sphinkterbildung aus dem linken Musc. rectus abdominis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 3.)

Um in Fällen, in welchen die Kolostomie zur Erzielung eines bleibenden künstlichen Afters indicirt ist, möglichst günstige Verschlussverhältnisse zu gewinnen, giebt Verf. folgendes Verfahren an:

Der Schnitt wird parallel und oberhalb des Poupart'schen Bandes womöglich unter Schonung der epigastrischen Gefäße bis an den äußeren Rand der Rectusscheide herabgeführt. Nach Eröffnung des Peritoneums und genauer Orientirung über Verhalten und Beweglichkeit des S romanum wird eine geeignete Schlinge vorgezogen, so dass nach oben außen das zuführende, nach unten innen das abführende Ende liegt. In dieser Lage erfolgt die Umsäumung der Schlinge mit dem Peritoneal-Fascienwundrand im unteren Winkel des Schnitts. Hierauf dringt man längs der Fasc. transversa nach innen bis zum äußeren Rectusrand und trennt den Rectusmuskel in eine vordere und eine hintere Hälfte; durch diesen Schlitz wird die Schlinge, die jetzt eventuell noch eine leichte Drehung erfahren kann, durchgezogen und alsdann am inneren Rectusrande in einem von außen auf ein durchgeführtes Elevatorium gemachten Hautschnitt eingenäht. Den Schluss der Operation bildet die schichtweise Vernähung des zuerst angelegten Schrägschnitts.

Nach diesem Verfahren hat H. bis jetzt 3 Fälle operirt; der erste derselben starb bald nach dem Eingriff an Pleuritis; ein weiterer überlebte die Operation 3 Monate lang und war während dieser Zeit nur bei Diarrhöe durch seinen Zustand belästigt; im dritten Falle hat der After bis jetzt durch $1^3/_4$ Jahre in zufriedenstellender Weise funktionirt; die Pat. vermag auch ohne Pelotte den Stuhlgang zurückzuhalten und leidet nur dann unter Beschmutzung, wenn Diarrhöe eintritt.

Honsell (Tübingen).

---

21) **Quénu et Landet.** Les polyadénomes du gros intestin.

(Revue de chir. 1899. No. 4.)

Während Rotter's jüngst erschienener Abhandlung im Ganzen 18 Fälle von Polyposis recti zu Grunde lagen, besprechen die Verff. die Polyadenome des Dickdarms und Rectums an der Hand von 42 Beobachtungen, von denen 2 von ihnen selbst gemacht und die eine in ungemein sorgfältiger Weise beschrieben und mikroskopisch untersucht worden ist. Beide Fälle stellten Polyadenome des Rectums und Krebs des letzteren und der Flexura sigmoidea dar und ließen den adenomatösen Ursprung der polypösen Wucherungen, wie auch die epitheliomatöse Umwandlung des adenomatösen Gewebes in verschiedenen Stadien erkennen. Wie häufig dies vorkommt, ergiebt auch die Zusammenstellung der Verff., welche unter den 42 Fällen 20mal den Übergang in Krebs angegeben fanden. Im Weiteren zeigt dieselbe, dass mehr als die Hälfte der Fälle Pat. vor dem 31. Lebensjahre betraf, 18 über 16 Jahre alt, 23 männlichen, 14 weiblichen Geschlechts waren, bei einzelnen früher eine chronische Diarrhöe, bei anderen Symptome eines Mastdarmvorfalls oder eines einzelnen Polypen bestanden hatten. Die Hauptbeschwerden der Kranken waren Durchfälle, Blutungen und Schmerzen, wodurch der Allgemeinzustand schwer gestört wurde. Der Tod trat in Folge von Marasmus, von Komplikationen (Lungentuberkulose), Darmverschluss oder krebsiger Degeneration der Polyadenome ein. Wie durch letztere die Prognose der Polyposis verschlechtert wird, wird andererseits auch durch die Polyposis die Aussicht auf erfolgreiche Operation des Krebsleidens getrübt. In diagnostischer Hinsicht wird über die Ausdehnung der Polypenbildung nach oben meist erst der Probebauchschnitt Aufklärung bringen. — Die Behandlung bestand in dem einen der Fälle der Verff. in der abdomino-perinealen Exstirpation des Mastdarms und der Anlegung eines iliacalen Afters nach Ligatur der Hypogastrica. Der Tod erfolgte nach gutem Befinden in den ersten 10 Tagen an Pneumonie. Günstiger verlief Rotter's Fall post op. — Bei Fehlen einer krebsigen Umwandlung hängt das operative Vorgehen naturgemäß von der Ausdehnung der Polypose ab; im Allgemeinen waren die Resultate rectaler Entfernung der Polypen nicht günstige, da Recidive häufig eintraten, bezw. die Operation nicht radikal genug war. Es wird daher die Exstirpatio recti vorzuziehen sein. Bei weit hinaufgehender Polypenbildung kann die Anlegung einer Enteroanastomose in Betracht kommen. **Kramer** (Glogau).

---

22) **G. Reinbach.** Die Excision der Hämorrhoiden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 3.)

R. berichtet über die Resultate, welche die Excision von Hämorrhoiden in der Mikulicz'schen Klinik, dem Fränkel'schen und Augusta-Hospital zu Breslau bei einem Gesammtmaterial von 81 Fällen ergeben hat. Das Verfahren entsprach im Princip der 1887 von

Whitehead angegebenen Methode; in der Ausführung hat Mikulicz eine Reihe von Abänderungen getroffen; so wurde von der von Whitehead empfohlenen Dehnung des Sphinkters abgesehen, die Blutstillung nur durch die Naht, nicht durch Unterbindung der eröffneten Gefäße vorgenommen, die Naht selbst mit Katgut statt mit Seide ausgeführt, endlich während des Eingriffs die Reinigung des Operationsfeldes nie durch Tupfen, sondern ausschließlich durch Spülung besorgt. Was das Indikationsgebiet anbelangt, so galt als Princip, wo Ulcerationen der Haut oder Schleimhaut, Abscedirungen, ferner entzündliche Erscheinungen in Form von Phlebitis und Periphlebitis vorliegen, die Abtrennung mit dem Thermokauter nach v. Langenbeck, in allen übrigen zu operativem Eingreifen geeigneten Fällen aber die Excision auszuführen. Als Vortheile des letzteren Verfahrens werden gerühmt: Leichtigkeit und Einfachheit der Technik, die Möglichkeit einer Radikalentfernung alles krankhaften Gewebes, die Vermeidung von Strikturbildung, dann vor Allem die Ungefährlichkeit, in so fern, als eine primäre Wundvereinigung erzielt und damit die Gefahren umgangen werden, welche bei thermokaustischer Behandlung die Abstoßung des Schorfes mit sich bringen kann (Wundinfektion, Nachblutung). Auch die Erfolge sprechen durchaus zu Gunsten der Excisionsmethode; alle Pat. wurden geheilt aus der Anstalt entlassen, septische Processe, lokalisirte Infektionen in keinem Falle, Nachblutungen nur 3mal, Ausreißen des größten Theils der Nähte nur 1mal beobachtet; es hat sich ferner von den 70 Fällen, deren spätere Schicksale verfolgt werden konnten, in 69 eine dauernde Heilung konstatiren lassen, während bei 4 unter 27 thermokaustisch behandelten Kranken vermuthlich, bei einem sicher ein Recidiv eingetreten ist.

Mit Rücksicht hierauf empfiehlt Verf. das Excisionsverfahren aufs wärmste und schließt mit dem Wunsche, dass dasselbe als das Normalverfahren betrachtet und allgemein eingeführt werde.

Honsell (Tübingen).

---

23) **L. Mayer.** Beitrag zur Chirurgie der Milz.

Inaug.-Diss., **Greifswald,** 1899.

Im Anschluss an eine Beobachtung von hypertrophischer Wandermilz (Gewicht 1250 g) mit Stieldrehung, deren Entfernung von Helferich mit Erfolg vorgenommen wurde, stellt M. die Fälle von Milzexstirpation zusammen, die seit der Arbeit von Vulpius (Bruns' Beiträge Bd. XI 1894) bekannt geworden sind. Bei 48 bezw. 50 Fällen wurde in 84% Heilung erzielt, ein sehr günstiges Ergebnis, das der besseren Auswahl der Fälle und größerer Ausbildung der Technik zugeschrieben werden muss.

Die Exstirpation ist kontraindicirt bei Amyloid-, Stauungs- und vor Allem bei leukämischer Milz; hier gilt der wohl allgemein anerkannte Satz von Vulpius, bei einem Verhältnis der weißen zu den rothen Blutkörperchen von 1:50 die Operation zu unterlassen.

Seit 1894 ist nur 1mal von Martin eine leukämische Milz exstirpirt worden; 4 Stunden post operat. trat der Tod im Collaps ein.

Im Ganzen sind nach M. 169 bezw. 167 Fälle von Milzexstirpation in der Litteratur bekannt; 101mal erfolgte Heilung, 66mal der Tod. Die leukämischen Fälle, Stauungs- und Amyloidmilz nicht mitgerechnet, verbleiben 134 Fälle mit 24,5% Mortalität. Diese vertheilen sich wieder folgendermaßen:

1) 98 Fälle von Malariamilz und einfach hypertrophischer Milz mit 29,5% Mortalität.

2) 39 Fälle von Malariamilz mit 33,3% Mortalität.

3) 31 Fälle von idiopathischer Hypertrophie mit 38,7% Mortalität.

4) 28 Fälle Wandermilz mit 14,2% Mortalität.

Gross (Straßburg i/E.).

---

24) **G. Bragagnolo.** L'infezione malarica della milza e al splenectomia.

(Rivista Veneta di scienze med. 1899. Februar 28.)

Nach Schilderung der Symptome der Malariamilzschwellung bespricht Verf. ausführlich die Therapie derselben. Er empfiehlt die subkutane Injektion von Jod-Jodkalilösung nach Parona (Centralbl. f. Chirurgie 1898 p. 919), die Probelaparotomie mit und ohne Lösung von Verwachsungen und die Splenektomie, letztere nur in geeigneten Fällen, wenn die anderen Mittel nichts geholfen haben, wenn keine bedeutende Kachexie und keine starke Leukocytose vorhanden ist und wenn die Verwachsungen nicht zu ausgedehnt sind.

Verf. fand in der Litteratur 119 Fälle von Splenektomie bei Malariamilz. Davon führten 89 zur Heilung, 30 zum Tode; doch hat sich der Procentsatz der Todesfälle in den letzten Jahren, Dank sorgfältiger Auswahl der Fälle und besserer Technik, beständig vermindert und betrug von 1891—98 nur noch 18,6%. Über einen eigenen Fall von Milzexstirpation scheint Verf. nicht zu verfügen.

F. Brunner (Zürich).

---

25) **A. Caselli.** Ferite della cistifellea ed ittero traumatico.

(Festschrift für Durante. Rom, 1898.)

C. berücksichtigt nur die bei penetrirenden Bauchverletzungen entstehenden Gallenblasenverletzungen. Sie sind selten. 3 Schussverletzungen sind beschrieben, bei welchen allein die Leber betheiligt war. Bei schwacher Kraft kann das Geschoss in der Blase liegen bleiben. Alle Fälle heilten, alle wurden operirt, einer erst nachdem 11 Tage lang Galle ins Bauchfell geflossen war. Stichverletzungen sind noch seltener. Zu der Litteratur wird ein 3. hinzugefügt. Auch hier wurde wegen Geringfügigkeit der Verletzung Anfangs nichts gethan, es entwickelte sich ein Erguss in den Bauch mit Resorptionsikterus; die Operation nach fast 4 Wochen fand die Gallenblase durch chronisch entzündliche lokale Peritonitis in einen Klumpen

von Schwarten und Verwachsungen verwandelt, der abgetragen wurde. Heilung.

Bei Verletzung der Gallenblase kann neben Blut auch Galle aus der Bauchwunde fließen. Das Symptom fehlt jedoch häufig, und kann die Galle in das Bauchfell sich ergießen. Oder die Verletzung betrifft zunächst nur die äußeren Schichten der Blasenwand, die völlige Perforation erfolgt erst später. Nach Leichenexperimenten ist dies besonders bei gefüllter Blase möglich. C. rechnet auch seinen Fall hierher. Die Muscularis und Mucosa buchten sich zuerst vor und platzen nach C.'s Annahme entweder durch sekundäre Insertion oder bei einer stärkeren Druckerhöhung. Für letzteres spricht, dass der Gallenerguss ins Bauchfell keine akute tödliche Peritonitis zu machen braucht. Dazu gehört das Vorhandensein virulenter Bakterien in der Galle. Sonst bildet sich ein serös-galliger Erguss, gallige Imbibition der Serosa mit partieller Endotheldegeneration, Fibrinausscheidung und leichten entzündlichen Veränderungen, die zu Verwachsungen etc. führen, besonders in der Nachbarschaft der Gallenblase (ähnlich also wie beim Urineinfluss, Ref.) auch eine Spontanheilung der Wunde bewirken können. Diagnostisch wichtig ist der dem Trauma folgende Ikterus. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

26) **Zoja.** Sulle condizione de fegato e della cistifellea nel cancro primitivo della testa del pancreas.

(Gazz. med. di Torino 1899. No. 19.)

Bei Verschluss des Choledochus vergrößert sich die Leber nur, wenn sie normal ist; sie bleibt von normaler Größe, wenn irgend welche Veränderungen, die sie verkleinern, in ihr Platz gegriffen haben: Senile Atrophie, Cirrhose des periportalen Bindegewebes, Peri- oder Endarteriitis, Zellatrophie. Beim primären Carcinom des Pankreaskopfes giebt es keine konstanten und charakteristischen Leberveränderungen. Wenn die Leber in Folge Gallenstauung anschwellen kann, so vergrößert sie sich. Die sekundäre biliäre Cirrhose erreicht keinen hohen Grad. Gleichzeitig finden sich, auch unabhängig davon: Dilatation der Gallenkapillaren, Hyperämie der Blutkapillaren, ausgebreitete Hämorrhagien, Atrophie der Leberzellen durch Kompression, hyaline Nekrose, Pigmentanhäufungen. Außerdem kann die Leber durch sekundäre Krebsknoten sich vergrößern. — Die Gallenblase vergrößert sich nur, wenn ihre Wandung noch normal ist. Die geschilderten Erscheinungen treten beim Pankreaskrebs nur dann auf, wenn er den Choledochus komprimirt; sie sind nicht für ihn charakteristisch, sondern zeigen sich auch bei Kompression aus anderen Ursachen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

27) A. Posadas (Buenos-Ayres). Traitement des kystes hydatiques.

(Revue de chir. 1899. No. 3.)

Seit dem Jahre 1896 hat P. bei nicht vereiterten und bei solchen Echinokokken, welche nicht mit funktionell wichtigen Theilen verwachsen und in das Parenchym großer Organe eingebettet waren, die Exstirpation der Mutterblase (Membrane germinative) mit nachfolgender Naht der Operationswunde ohne Drainage geübt. Wenn es sich um Cysten von geringerem Umfang handelt, macht er — nach der präliminaren Operation — die Auslösung ohne vorherige Punktion; bei großen entleert er zunächst den flüssigen Inhalt. Nach erfolgter Exstirpation muss die pericystische Tasche sorgfältig ausgetupft werden, bevor sie durch Katgutnähte verschlossen wird; wo die Resektion der Bindegewebskapsel der Cyste — bei extraglandulärem Sitz an der Leber z. B. — möglich ist, wird auch von jener so viel als angängig entfernt. Die von Delbet in einem Falle ausgeführte Etagennaht der pericystischen Höhle verwirft P. wegen ihrer Gefahren (Gefäß- oder Organverletzung) und hält sie für überflüssig, weil nach Auslösung der Mutterblase die Wände der Höhle von selbst durch den Druck der Nachbarorgane mit einander in Berührung kommen; bei sehr alten Cysten mit starren Wandungen würden zudem die Fäden bei starkem Anziehen durchschneiden. — Unter den von P. nach diesen Grundsätzen operirten Fällen sind 29 p. pr. int. geheilt; die Mehrzahl derselben waren Leberechinokokken; 5mal handelte es sich um Echinokokken am Hals, 1mal um einen Nieren-, 2mal um Lungenechinococcus und 1mal um eine Orbitalcyste. 3 weitere Fälle (Leberechinokokken) heilten mit Eiterung, die nachträglich Drainage nothwendig machten; 5 verliefen tödlich, davon 1 an Peritonitis (pericystische Tasche geschlossen, sekretfrei), 1 an Karbolvergiftung (durch ein versehentlich gegebenes Klystier mit Karbolglycerin nach Primaheilung der Wunde), 1 an Hämoptoë in Folge eines Lungenechinococcus (nach Primaheilung der operirten Lebercyste), 1 durch Hirnblutung nach erfolgreicher Exstirpation eines Gehirnechinococcus und 1 durch Pneumonie nach Primaheilung der operirten Leber- und Zwerchfellcyste. — Anhängend giebt P. noch kurzen Bericht über 9 Echinococcusoperationen mittels Incision und Drainage bei vereiterten Cysten (2 †). **Kramer** (Glogau).

---

28) P. Bégouin. Traitement des tumeurs solides et liquides du mésentère.

(Revue de chir. 1898. No. 3 u. 7; 1899. No. 2 u. 3.)

Die Behandlung der Gekrösgeschwülste wird in vorliegender Arbeit nicht nur an der Hand einer Reihe von durch Demons operirten Fällen, sondern auch der aus der Litteratur sehr sorgfältig zusammengestellten Operationen, so wie auf Grund mehrfacher Thier-

experimente B.'s über den Einfluss der Gekrösdurchtrennung auf die Lebensfähigkeit des Darms eingehend erörtert. Wie die soliden Geschwülste des Mesenteriums erheblich seltener vorkommen, als die cystischen, so ist auch die Zahl der bei ersteren ausgeführten Operationen beträchtlich kleiner, als die der bei Cysten gemachten chirurgischen Eingriffe. Beide Arten von Neubildungen erheischen aber operative Behandlung, da ihnen wegen der Gefahren des Wachsthums, der Kachexie, der Peritonitis und des Darmverschlusses eine im Allgemeinen nicht günstige Prognose zukommt. Explorativpunktionen sind in 54 Fällen von soliden und cystischen Geschwülsten ohne nachtheilige Folgen vorgenommen worden; von den Cysten wurden unter 16 durch die Punktion 7 geheilt, während die übrigen — vornehmlich Chylus-, Dermoid-, multilokuläre Cysten — recidivirten. B. reservirt diese Behandlung für die Blut- und unilokulären serösen Cysten, so fern sie mit der Bauchwand in Kontakt zu bringen sind, verlangt aber mit Recht größte Vorsicht bei der Punktion und verwirft sie für alle anderen Arten — Echinokokken-, Dermoid-, Chylus- etc.-Cystengeschwülste; auch die nachfolgende Injektion von Tinct. Jodi, Sublimatlösung erscheint ihm nicht zulässig. Wo die einfache Punktion nicht am Platz oder nicht erfolgreich war, kommt die Incision, am besten die einzeitige, oder die Exstirpation in Betracht. Erstere (»Marsupialisation«) ergab unter 49 Fällen 88—93% Heilungen, die allerdings oft recht lange auf sich warten ließen; die Exstirpation war in 60—68% der 25 Fälle von günstigem Erfolg, eignet sich aber nicht bei den mit ausgedehnten Verwachsungen einhergehenden Cysten.

Bei den soliden Gekrösgeschwülsten ist unter 36 Fällen die Exstirpation 29mal — 15 †, 14 geheilt — mit einer Sterblichkeit von 52% zur Ausführung gelangt; die Todesursache war bei 8 Chok, bei 4 Peritonitis, bei den übrigen eine fötide Diarrhöe, welche auf Gangrän der Darmschleimhaut, bezw. der verengt gewesenen Darmwand an umschriebener Stelle zurückzuführen war und zu schwerer allgemeiner Ernährungsstörung Veranlassung gegeben hatte. Auch bei einigen anderen der an Chok oder Peritonitis eingegangenen Pat. sind kleine Nekrosen am Darm nachzuweisen gewesen, welche B., nach den Ergebnissen seiner Thierversuche, mit der Durchschneidung von größeren Mesenterialgefäßen bei der Geschwulstauslösung in Verbindung bringt. Was die an Chok Gestorbenen anlangt, so handelte es sich bei ihnen stets um außerordentlich große und schwere (13—40 Pfund) Geschwülste (Lipome etc.). Im Übrigen ergiebt die Zusammenstellung, dass unter 15 Lipomfällen 7 †, 8 geheilt, unter 4 Sarkomexstirpationen je 2 †, bezw. geheilt, unter 7 Fibromoperationen 4 † und 3 geheilt worden sind; tödlich verliefen ferner noch je 1 Fall von Operation wegen Krebs und tuberkulöser Geschwulst. Recidive erfolgten in keinem Falle, wären aber wahrscheinlich bei einigen der tödlich verlaufenen bei Überstehen der Operation eingetreten. — Unter 11 Fällen von Probeschnitt gingen

4 zu Grunde. Für die Exstirpation sind bösartige Geschwülste nicht geeignet, wenn die Entfernung sehr schwierig wäre.

Nach Feststellung dieser operativen Resultate schildert B. eingehend die Technik der Operation, die Schwierigkeiten, welche in den einzelnen Fällen zu überwinden waren, die Gefahren einer Verletzung großer Gefäße, des Plexus solaris, des Harnleiters, des Darms etc., die Komplikationen des Eingriffs mit Darmresektion oder Anlegung einer Enteroanastomose (6 Fälle) und giebt zur Verhütung von Ernährungsstörungen der Darmwand auf Grund seiner Experimente den Rath, möglichst parallel den Gefäßen zu schneiden und die Gefäßschlingen in der Insertion des Mesenteriums am Darm sorgfältig zu schonen.

Die auch die Litteratur erschöpfend berücksichtigende Arbeit sei hiermit wärmstens empfohlen. **Kramer** (Glogau).

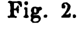
Kleinere Mittheilungen.

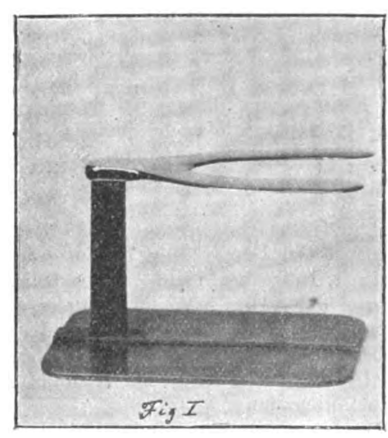
Beckenstütze.

Von

Privatdocent Dr. **Egbert Braatz** in Königsberg i/Pr.

Meine Beckenstütze (Fig. 1) hat eine Form, die genau nach den anatomischen Verhältnissen des Beckens gebildet ist. Ihre beiden gablig aus einander tretenden, an dem Innenrand ihrer freien Enden leicht nach unten gebogenen Tragplatten, auf welchen das Becken ruht, liegen zu beiden Seiten des Os sacrum (s. Fig. 2), entsprechend der Apertura ischiadica, und gehen quer über die Ligg. tuberoso- und spinoso-sacra. Von den gebräuchlichen Beckenstützen sind diejenigen, welche schemelartig gebaut sind (wie z. B. die Billroth'sche) für den Pat. zum Liegen bequemer, aber unbequemer für das Anlegen des Verbandes und für die Entfernung nach dem Verband, diejenigen Beckenstützen dagegen, welche in letzterer Beziehung bequemer zu handhaben sind, üben den Hauptdruck auf das kielartig vorstehende Kreuzbein aus. Bei meiner Beckenstütze (s. Fig. 3) schwebt das Kreuzbein frei in der Luft, und der Pat. ruht dabei gut auf seinen natürlichen Polstern, den Glutaealmuskeln. Diese Stütze bedarf daher auch keiner weiteren Polsterung und ist desswegen leicht rein und sauber zu halten. Außer bei sonstigen Verbänden, die das Becken betreffen, ist die Stütze besonders bequem zu brauchen bei Bauchverbänden nach Laparotomien. Nachdem der Operirte angehoben ist, stellt man die Stütze

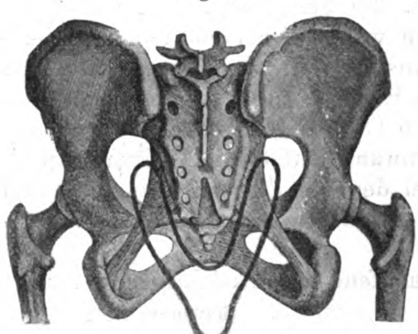




so unter die Mittellinie des Beckens, dass der gemeinsame Mitteltheil der Tragblätter (s. Fig. 3 und namentlich Fig. 2; bei Fig. 2 hat man sich noch die Weichtheile hinzuzudenken, die Stütze ragt hier scheinbar mehr hervor) unter der

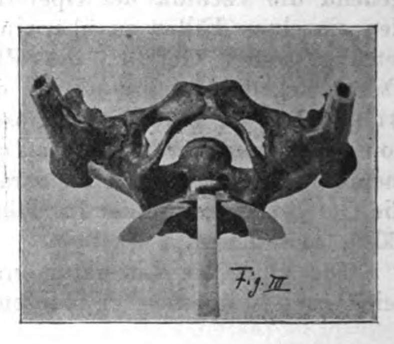
Symphyse, zwischen den Schenkeln, ein wenig hervorsieht. Nach der Anlegung des Verbandes zieht man sie leicht nach den Knien zu wieder heraus.

Fig. 2.



Becken von hinten.

Fig. 3.



Ich habe die Stütze seit einer Reihe von Jahren in Gebrauch, und da sie sich mir als zweckmäßig bewährt hat, wollte ich sie jetzt einmal etwas näher beschreiben, um ihre Anwendung auch Anderen zugänglich zu machen.

Bezugsquelle: Medicinisches Waarenhaus, Berlin.

---

29) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

102. Sitzung, Montag, den 12. Juni 1899, im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr Israël.

1) Herr Israël: Über den Einfluss der Parenchymspaltung auf Entzündungsprocesse der Niere.

Der Werth dieses operativen Eingriffs, das Interessante der Parenchymspaltung der Niere liegt darin, dass sie unsere Erfahrungen auf dem Gebiet der Nierenchirurgie und Pathologie zu erweitern und neue Gebiete zu erschließen im Stande ist.

Der Einfluss der Parenchymspaltung kann unter Umständen ein heilender sein, besonders bei 2 Processen, nämlich bei Suppressio urinae und einer Gruppe von mit Koliken und Blutungen der Niere einhergehenden Erkrankungsformen, die man als Nephralgie zu bezeichnen pflegt.

Einen Heilerfolg hatte I. damit bei einer mehrtägigen Anurie eines Mannes, dem die rechte Niere wegen Tuberkulose mit günstigem Erfolg exstirpirt war. Er hatte 50 Pfund zugenommen und sich bis auf eine ihn wenig genirende Harnleiterfistel und Dysurie (er musste stündlich Urin lassen) wohl befunden.

Etwa $^3/_4$ Jahr später bekam er plötzlich eine linksseitige Nierenkolik mit Übelkeit, Erbrechen, fortdauernder Ruhelosigkeit, Schweißausbruch, Urinverhaltung.

Bei der Aufnahme fand sich eine diffuse Resistenz in der linken Nierengegend, Steine nicht fühlbar, Blase leer. Es folgte danach starker Schweißausbruch mit Fieberabfall, die Anurie blieb aber bestehen.

Die Differentialdiagnose schwankte zwischen Nephritis, akuter Tuberkulose, Steineinklemmung.

I. legte die Niere frei, dunkelschwarzes Blut floss aus dem zerschnittenen Muskelgewebe, die Niere war $1^1/_2$fach vergrößert, dunkelblauroth verfärbt; den Harnleiter freizulegen gelang vorerst nicht.

Nach Incision der Niere in der Konvexität quoll Eiter hervor; der durch die Wunde ins Nierenbecken eingeführte Finger entdeckte keinen Stein, dagegen war

die Niere von Hunderten von kleinen gelben, tuberkelknotenähnlichen Abscesschen durchsetzt. Der nunmehr freigelegte Harnleiter war in einen fingerdicken, knorpelharten Strang umgewandelt.

Innerhalb von 24 Stunden nach der Operation hatte sich eine Lache von Urin aus der Wunde entleert, aber erst 12 Tage nachher entleerte sich aus der Blase Urin.

Die urämischen Erscheinungen schwanden ganz allmählich, am längsten blieben die stete Ruhelosigkeit und das Benommensein bestehen.

Zur Zeit befindet sich Pat., bis auf die Nierenstörungen, wohl. (Vorstellung.)

I. knüpft daran folgende Betrachtungen: Die Erkrankung bestand zweifellos in einer aufsteigenden Pyelitis mit Bildung von Abscessen (surgical kidney), wozu eine Prädisposition in der Blasenerkrankung lag.

Die Anurie (Sekretstauung) war die Folge der Spannung in dem von einer festen Kapsel umgebenen Organ, das die Funktion der anderen Niere hatte mit übernehmen müssen; durch den Einfluss einer Entzündung war der Druck gesteigert, die Kapillaren komprimirt. Alle Momente, welche eine Drucksteigerung in der Niere hervorbringen, sind geeignet, Nierenkoliken zu erzeugen, so Torsion des Gefäßstiels, Nierentumoren etc., durch kongestive Schwellung des Organs, chronische Entzündungen, die aber dann gewöhnlich als nervöse Erscheinungen gedeutet werden.

Der kurative Effekt des Spaltens bestand darin, dass die Spannung aufgehoben, und durch Entleerung des gestauten Sekrets die Kapillaren entlastet wurden.

Die Frage, ob dieser Eingriff — die Parenchymspaltung — auch auf andere Krankheitsformen der Niere wirksam sein könne, muss bejaht werden. Dies beweisen Fälle, bei denen in der Annahme einer Steinkrankheit, Tuberkulose etc. operirt und nichts gefunden, die Erkrankung also für eine »Neuralgie« angesehen wurde, die sich danach besserte oder verschwand.

I. hat nun eine Anzahl bei solchen Gelegenheiten von ihm früher excidirter Nierenstückchen einer nochmaligen Prüfung unterzogen und sich überzeugt, dass häufig, wenn auch nicht gröbere, so doch immerhin entzündliche Veränderungen nachzuweisen waren. Es ist demnach anzunehmen, dass bei allen einseitigen Koliken, Auftreten von Nierenblutungen etc. — falls nicht Steine zu finden sind — entzündliche Veränderungen vorliegen. Wichtig ist dabei, dass, analog dem Gehirn, ganz geringfügige Veränderungen der Niere Koliken auslösen können.

Die Resultate I.'s waren bis auf 2 Ausnahmen günstige; Koliken und Dysurien gingen zurück, und wenn auch mitunter Recidive auftraten, waren die Erscheinungen doch leichtere als jene vor der Operation.

Von anderer Seite sind ähnliche Beobachtungen gemacht, so u. A. von Harrison, der in 3 Fällen von Albuminurie nach Incision Besserung sah, und zwar bei doppelseitiger Erkrankung schon nach einer einseitigen Incision.

Empfehlenswerth ist es nach I.'s Erfahrungen, die Niere nicht gleich wieder zu vernähen, sondern granuliren zu lassen.

Herr Körte ist in der Lage, einen Fall beobachtet resp. operirt zu haben, der die Ausführungen des Vortr. bestätigt.

Eine an Nierenblutungen (rechts) leidende Frau wurde von ihm in der Annahme eines Tumors unter Digitalkompression nephrotomirt, makroskopisch nachweisbare Veränderungen aber nicht aufgefunden; die Blutungen indess hörten auf.

Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stücks ergab interstitielle Nephritis.

2) Herr Steiner: Über polycystische Degeneration der Nieren und der Leber.

S. hat bereits einmal vor 2 Jahren in dieser Gesellschaft einen Pat. vorgestellt, bei dem er die Diagnose auf polycystische Nierendegeneration stellte.

Er ist nun in der Lage, die Präparate von dem inzwischen verstorbenen Mann vorzulegen.

Die Nieren sind in große Tumoren umgewandelt, die aus vielen mit einander in Zusammenhang stehenden Cysten bestehen; auch die Leber ist durchgehends in mehrkammerige Cysten umgewandelt.

Operative Eingriffe, Entleerung einer oder mehrerer Cysten, dürften demgemäß nutzlos sein.

S. ist in der Lage, einen Pat. vorzustellen, der die gleiche Affektion darbietet, auch eine Schwester leidet daran. Bei derselben ist erst eine Seite deutlich verändert, was für die Annahme Israël's spricht, dass die Degeneration erst die eine Seite erfasst, danach die Erkrankung auch auf die andere Seite übergeht.

2 Kinder des Kranken haben ebenfalls höckrig sich anfühlende Nieren, Herzhypertrophie, vermehrte Urinmenge mit niedrigem specifischem Gewicht, Symptome, die die Annahme einer polycystischen Degeneration rechtfertigen.

Die Therapie muss sich auf innere Mittel beschränken, da eine Exstirpation der erkrankten Niere bei der Doppelseitigkeit der Erkrankung nutzlos sein würde.

3) Herr Katzenstein: Experimentelle Untersuchungen über Darmvereinigung.

K. wurde zu seinen Versuchen angeregt durch die von Buchner gefundene Thatsache, dass gewisse Pflanzeneiweißstoffe, auf die Serosa (des Darms) eines Thieres gebracht, chemotaktisch wirken. K. verwandte zu seinen Versuchen anfänglich einen Proteïnstoff des Klebers, das Glutenkaseïn, in verschiedenen Trägern (Salbe, Leim etc.), kam indess davon zurück und benutzte den Stoff alsdann nur rein.

Er verbrachte das Glutenkaseïn an bestimmte Stellen des Peritoneums (beim Hund), untersuchte dasselbe nach einiger Zeit wieder und fand sehr feste und zahlreiche Adhäsionen.

In einer 2. Serie von Experimenten schnitt er den Dünndarm des Hundes nach aseptisch ausgeführter Laparotomie quer durch und vernähte ihn wieder mit 10—12 Serosa-Muscularisnähten, nachdem er zuvor die Schnittränder mit Glutenkaseïn bestreut hatte. Auch diese Versuche fielen günstig aus; denn trotz der relativ geringen Zahl von Nähten konnten nach einander an einem Hund 7 Darmresektionen ausgeführt werden, ohne dass der Darm auch nur einmal undicht geworden wäre.

Um nun den Einfluss des lokalentzündlichen Processes als solchen noch mehr auf die Probe zu stellen und die Zahl der Adhäsionen zu verringern, legte K. die Nähte im Durchschnitt 1—2 cm aus einander entfernt und das Glutenkaseïn nur auf die Stellen, die mit einander verkleben sollten. Hierbei kam es allerdings vor, dass die Schleimhaut nach Anlegung der Naht sich nach außen stülpte. Diesem Übelstand half er später durch folgende Plastik ab: 1 mm weit vom Rand der Schnittfläche entfernt ritzte er Serosa-Muscularis beiderseits leicht ein und benutzte die dadurch entstehende Rinne auf der einen Seite als Marke für den Aus-, auf der anderen Seite für den Einstich.

Die Widerstandsfähigkeit des Darms an den Nahtstellen gegen Wasserdruck stieg von Tag zu Tag, während sie bei den Nahtversuchen anderer Autoren (u. A. von Chlumsky) sank. Das gesunde Peritoneum platzte bei fast allen Versuchen noch bevor die Nahtstellen undicht wurden.

Auch an anderen Thieren, Kaninchen, machte K. nunmehr Versuche mit eben so günstigem Erfolg, obwohl die Vereinigung eines vorher zerschnittenen Kaninchendarms technisch enorm schwer ist. An den Präparaten, die 1 Tag bis 6 Wochen nach Anlegung der Naht dem Thier entnommen sind, ist die Stelle der Vereinigung nur schwer zu erkennen.

Um Kontrollversuche zu machen, durchschnitt K. den Dünndarm eines Hundes und nähte ihn mit 8 Nähten zusammen, ohne dass er Glutenkaseïn aufstreute. Das Thier war nach 24 Stunden todt, die Nahtstelle undicht und Koth in der Bauchhöhle. Bei Kaninchen bestreute er nach Durchschneidung und Naht des Darms die Nahtstelle einmal mit Glutenkaseïn, an einer anderen Stelle, 10 cm davon entfernt, nicht — die Thiere starben sämmtlich an Perforationsperitonitis (die undichten Stellen fanden sich an den nicht mit Glutenkaseïn bestreuten Nahtstellen).

Herr König hält es doch für fraglich, ob die Versuche auch für den Menschen von Bedeutung seien; ferner bieten so weit aus einander stehende Nähte

eine große Gefahr; und gerade die Serosa sei ja für die Naht außerordentlich geeignet.

Herr Katzenstein erwidert darauf, dass es ihm bei seinen Versuchen hauptsächlich darauf ankam, einen Ersatz für den unsicheren Murphyknopf zu finden.

4) Herr Helbing: Pseudotuberkulose des Bauchfells durch Tänieneier.

H. untersuchte ein Stück Netz, auf dem bei Gelegenheit der Entleerung eines perityphlitischen, anscheinend tuberkulösen Abscesses unzählige kleine Knötchen gefunden wurden. Er fand in der That Tuberkel, Riesenzellen, die von epitheloiden Zellen umgeben waren, und dazwischen Granulationsgewebe. Indess war die Untersuchung der Schnitte auf Tuberkelbacillen bei Färbung in gewöhnlicher Weise mit Karbolfuchsin und Methylenblau negativ. Dafür zeigten sich andere Gebilde, die das Karbolfuchsin bei der Entfärbung mit Säure festgehalten hatten und die sich bei näherer Untersuchung als Tänieneier entpuppten.

5) Herr Karewski: Über retroperitoneale Echinokokken.

Es ist eine auffällige Thatsache, dass über retroperitoneale Echinokokken nur spärliche Beobachtungen vorliegen. K. verfügt über 2 Fälle dieser Art, wovon er in einem die Diagnose vor der Operation stellen konnte.

Eine 35jährige Frau litt nach einem Wochenbett an linksseitigen Kreuzschmerzen, die für rheumatische angesehen wurden, und konnte nur noch mühsam, in skoliotischer Haltung, gehen.

Als sich eine lumbale Vorwölbung zeigte, die bei Bauchlage verschwand, dazu sich Eiter und Eiweiß im Urin vorfand, legte K. in der Annahme eines perinephritischen Abscesses die Niere mittels Simon'schen Schnitts frei und stieß nach Durchtrennung einer dicken Schwarte unterhalb derselben auf Eiter und Echinokokkenblasen. K. nimmt an, dass der Echinococcus erst im Wochenbett zur Vereiterung gekommen sei.

Der andere Pat., ein 55jähriger Mann, litt seit Jahren an Schmerzen in der Lumbalgegend und wurde wegen Ischias behandelt, bis sich schließlich ein Bauchtumor entwickelte. Derselbe nahm die ganze rechte Bauchseite ein, war höckrig, lag hinter dem Darm, vor der Blase. Die Probepunktion ergab Echinokokken, und nach Incision oberhalb des rechten Lig. Poupartii wurde eine mächtige mit Eiter erfüllte Höhle freigelegt, die noch eine breite Gegenincision erforderte.

Zum Schluss demonstrirt Herr Katzenstein ein Adenom der hinteren Magenwand und Herr Helbing mehrere Präparate von Nierentumor und eine kolossale Pyonephrose. **Sarfert** (Berlin).

---

30) K. G. Lennander. Om intra-abdominel kompression af aorta vid bukoperationer.

(Hygiea 1898. Bd. LXI. p. 420.)

Als Ergänzung einer vorherigen Mittheilung über die Anwendbarkeit der intraabdominellen Kompression der Bauchaorta bei gewissen Bauch- und Beckenoperationen (cf. Ref. in d. Centralblatt 1898 p. 374) theilt Verf. 3 neue Fälle mit, in welchen das genannte Verfahren zur Anwendung kam. Der 1. Fall betraf eine 54jährige Frau, bei welcher unter Aortakompression zwei subseröse, theilweise cystös degenerirte und hauptsächlich retroperitoneal entwickelte Uterusmyome enukleirt und der Uterus total exstirpirt wurden. Nach der Entfernung der genannten Theile war nicht nur das ganze kleine Becken seiner Serosa beraubt, sondern das Mesosigmoideum war auch in erheblicher Ausdehnung getheilt. Dennoch konnte Verf. nicht nur in aller Ruhe die Hauptstämme der zerschnittenen Gefäße fassen und unterbinden, sondern auch den linken, von der Geschwulst dislocirten Harnleiter schonen. Die Kompression dauerte 20—25 Minuten. Der weite, subseröse Raum wurde durch die Scheide drainirt; keine Drainage der Bauchhöhle. Intravenöse Kochsalzinfusion von 1700 ccm. Heilung. — Der 2. Fall betraf eine 48-jährige Frau mit Kystoma papilliferum beider Ovarien. Die beiden Geschwülste

wurden sammt dem Uterus unter 23 Minuten dauernder Aortenkompression exstirpirt; Drainage der Bauchhöhle durch die Scheide. Heilung p. pr. Die ausgedehnten Verwachsungen machten in diesem Falle die intraabdominelle Aortakompression sehr werthvoll. »Damit man aber nicht glaube, dass jedes adhärente Papillarkystom unter intraabdomineller Aortakompression operirt werden muss«, theilt Verf. noch 2 andere Fälle dieser Art mit, in welchen er die Kompression nicht für nöthig hielt. — Drittens erzählt Verf. die Krankengeschichte eines 69-jährigen Fräuleins, das er wegen Medullarkrebs im linken Eierstock unter Aortakompression operirt hat. Die schreckliche Blutung konnte nicht eher bemeistert werden, als bis die Aorta oberhalb der Art. mesent. sup. komprimirt wurde. 2 intravenöse Kochsalztransfusionen wurden nothwendig. Die Bauchwunde wurde p. pr. geheilt. Pat. konnte nach Hause reisen; sie starb 2 Monate nach der Operation. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

31) J. Braquehaye. Péritonite blennorrhagique chez une fillette de quatre ans et demi. Laparotomie. Guérison après deux poussées d'arthrite.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 730.)

Die $4^1/_2$jährige Pat. bot seit 3 Tagen das Bild akuter Peritonitis. Eitriger Ausfluss aus der Vulva erweckte den Verdacht, dass die Bauchfellentzündung gonorrhoischen Ursprungs sei. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie in der Medianlinie fand B. die Darmschlingen hochroth, fibrinös belegt, im kleinen Becken nur 1 oder 2 Theelöffel voll röthlicher, seröser Flüssigkeit; Blinddarm und Wurmfortsatz waren frei. Die mit dem Exsudat und den Fibrinböden beschickten Nährböden blieben steril. — Trockene Asepsis. Bauchnaht. — Das Kind erholte sich nach dem Eingriff ziemlich rasch und genas völlig, nachdem im weiteren Verlauf noch beide Fußgelenke gonorrhoisch erkrankt waren. B. ist überzeugt, dass das Kind ohne Laparotomie sicher gestorben wäre. **Reichel** (Chemnitz).

32) L. Reinprecht. Zur operativen Behandlung der diffusen Perforationsperitonitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 1.)

Der von R. operirte Pat. erkrankte akut an äußerst heftigen Bauchschmerzen, Aufstoßen, Erbrechen und Meteorismus. Nach $2^1/_2$ Tagen (Aufnahme in die Klinik) fand sich das typische Bild einer diffusen Peritonitis. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie entleerte sich eine große Menge trüber Flüssigkeit aus der Bauchhöhle, die Darmserosa war eitrig belegt, theilweise verklebt; nach Trennung der Adhäsionen und Punktion des stark geblähten Darms konnte der erheblich verdickte und schlitzförmig perforirte Wurmfortsatz aus den ihn umgebenden Exsudatmassen ausgelöst und exstirpirt werden. Sorgfältiges Austupfen des Peritoneums mit Salicylsäurekompressen, Schluss der Bauchwunde durch 3fache Etagennaht, Drainage mittels Mikulicz'schen Tampons vom unteren Wundwinkel aus. Der Wundverlauf war im Ganzen ungestört. Nach 4 Tagen erfolgte Stuhlgang auf Klysma, nach 7 Tagen wurde der Tampon entfernt, nach 9 Tagen verschwand der bis dahin noch bestehende Meteorismus. Am Ende der 3. Woche konnte Pat. das Bett verlassen.

R. sieht in dem mitgetheilten Falle einen neuen Beweis dafür, dass selbst schwere, durch allgemeine Peritonitis komplicirte Fälle von Epityphlitis durch eine Operation geheilt werden können. **Honsell** (Tübingen).

33) H. Dörfler. Weitere Erfahrungen über Appendicitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 14—17.)

D.'s Erfahrungen stützen sich auf 81 Fälle von Epityphlitis. Er unterscheidet 1) eine Appendicitis propria, 2) eine Periappendicitis serosa, 3) eine Periappendicitis suppur. s. perforat., auftretend als a. umschriebene eitrige Peritonitis, b. als allgemeine eitrige Peritonitis und c. als foudroyante, allgemeine, septische Peri-

tonitis, und bespricht diese verschiedenen Formen unter Mittheilung charakteristischer Beobachtungen und besonders eines Theils der zur Operation gelangten. Letztere wurde in 1 Falle der 1. Form (geheilt), in 32 der Periappendicitis suppur. circumscripta (24 geheilt), 7mal unter Entfernung des Wurmfortsatzes und in 6 Fällen von allgemeiner eitriger bezw. septischer Peritonitis (sämmtlich †) ausgeführt. Recidive sind in den Fällen, wo die Ausschneidung des Wurmfortsatzes unterlassen werden musste, nicht erfolgt; dagegen war die Heilung durch Eitersenkungen oder Darmfisteln verzögert. Unter interner Behandlung heilten 3 Fälle von Appendicitis propria, 18 von Periappendicitis serosa, von denen allerdings einige Rückfälle bekamen und 1 später nach solchem an jauchigem Abscess vom Douglas aus operirt werden musste, ferner 18 Fälle von umschriebener eitriger Peritonitis; darunter sind indess wiederum einige, die nach Jahren Recidive, zum Theil mit tödlichem Ausgang, bezw. mit monatelangen Eiterentleerungen durch den Mastdarm, erlitten. 2 Fälle von allgemeiner eitriger Peritonitis genasen nach langdauernder Krankheit ohne Operation, während 1 an septischer Bauchfellentzündung erkranktes Kind rasch erlag. Es stehen somit, wenn die zu spät operirten unter die zu lange exspektativ behandelten Fälle rubricirt werden, 6,6% Todesfällen bei operativer Therapie 14,7% bei exspektativer gegenüber; von den unter letzterer sog. 42 Genesenen hatten 13, d. h. 30,9% Recidive.

Kramer (Glogau).

34) **Dauber.** Über primäre Typhlitis als Ursache recidivirender Epityphlitisattacken.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. IV. Hft. 3.)

Beschreibung eines erfolgreich operirten Falles, in dem in der Wand des Blinddarms dicht an der Ansatzstelle des Wurmfortsatzes submukös ein kleiner Abscess saß, der den Eingang zum Wurmfortsatz so verengte, dass nur eine feine Sonde hineinging. In diesem selbst Eiter, seine Serosa aber normal, keine Verwachsungen. **Haeckel** (Stettin).

35) **K. Dahlgren.** Tvänne fall af subfrenisk abscess som följd af suppurationer omkring blindtarmen (appendicit).

(Upsala Läkarefören. Förhandl. N. F. Bd. IV. p. 197.)

Verf. berichtet über 2 Fälle subphrenischer Eiterung, welche besonders geeignet sind, die diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten bei dieser Krankheit zu zeigen. Beide Fälle bieten nicht unerhebliche Ähnlichkeiten dar. In der Ileocoecalgegend tritt eine Eiterung auf, welche man als von einer Epityphlitis ausgegangen betrachten muss. Große Incisionen entleeren den Eiter, und die Kranken werden für kürzere Zeit gebessert. In beiden Fällen bleibt nach der Operation eine Coecalfistel zurück. Fieber und andere Symptome zeigen aber, dass Eiterretention noch besteht. Wiederholte Operationen werden vorgenommen, und man sucht die Ursache in der Umgebung des Proc. vermiformis, welcher bei der 1. Operation nicht gefunden und exstirpirt werden konnte. Es zeigt sich aber, dass die Quelle der fortgesetzten Krankheit nicht in der betreffenden Gegend liegt, sondern in einer subphrenischen Eiterung besteht, deren Symptome jedoch so schwach waren, dass in dem einen Falle die Operation nicht angezeigt erschien und im anderen zu spät gemacht wurde. Beide Fälle endeten letal. Die Sektion zeigte aber, dass es in dem einen (operirten) Falle gelungen war, die sehr hoch sitzende Eiterhöhle zu entleeren und von der Bauchhöhle aus zu drainiren.

Von den operationstechnischen Einzelheiten ist besonders hervorzuheben, dass es in beiden Fällen gelang, die freie Peritonealhöhle in unmittelbarer Nähe einer eiternden Höhle, in welche auch eine Darmfistel mündete, zu eröffnen, ohne dass eine allgemeine Bauchfellentzündung entstand.

A. Hansson (Cimbrishamn).

36) **Ebstein.** Über den Werth der Laparotomie als Heilmittel gegen Peritonealtuberkulose.

(Zeitschrift für praktische Ärzte 1899. No. 9—11.)

Verf. berichtet über 14 in der Breslauer Frauenklinik operativ behandelte Fälle von Bauchfelltuberkulose, von denen 3 als definitiv geheilt zu betrachten sind. Bei 5 Fällen ist erst ein Jahr oder weniger verflossen, so dass dieselben für die Frage der Heilung nicht in Betracht kommen. 1 Pat. starb unmittelbar nach der Operation, 4 Frauen längere Zeit nachher. Über eine Operirte konnte späterhin nichts mehr erfahren werden. E. kommt an der Hand des Materials und der allgemeinen Erfahrungen über die Heilungen der Bauchfelltuberkulose zu folgendem Schluss: Die Peritonealtuberkulose ist nach einfacher Laparotomie, ohne Antiseptica, ohne Auswaschungen des Peritoneums, ohne die mühevolle und doch unvollständige und daher zwecklose Exstirpation tuberkulöser Tuben etc. einer dauernden Heilung zugänglich. **K. Hufschmid** (Gleiwitz O/S.).

37) **Lejars.** De l'intervention chirurgicale dans certaines formes de péritonite tuberculeuse aiguë.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 671.)

In einer der 2 von L. mitgetheilten Beobachtungen trat die tuberkulöse Peritonitis unter dem klinischen Bild eines akuten Ileus, in der zweiten unter dem der akuten Epityphlitis auf. Beide Male fand sich bei der Laparotomie nur eine diffuse Miliartuberkulose des Bauchfells mit sehr wenig ascitischer Flüssigkeit, und wurde durch die einfache Eröffnung des Bauchs und rasch vorgenommene Exploration völlige Heilung erzielt. **Reichel** (Chemnitz).

38) **A. Guinard.** Occlusion intestinale au cours d'une tuberculose péritonéale. Laparotomie. Guérison opératoire et amélioration notable de l'état général.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 698.)

Der Darmverschluss war in dem von G. erfolgreich operirten Falle dadurch zu Stande gekommen, dass das große Netz durch den tuberkulösen Process in eine Art Gitter umgewandelt war, in dessen Maschen sich Darmschlingen eingeklemmt hatten. **Reichel** (Chemnitz).

39) **Potherat.** Hernie de l'appendice. Corps étranger et appendicite.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 678.)

Als Inhalt eines seit einigen Wochen schmerzhaft gewordenen Leistenbruchs fand P. bei der Herniotomie den entzündeten Wurmfortsatz. Dieser enthielt außer etwas breiigem Koth ein 2 mm langes Metallplättchen. Resektion des Wurmfortsatzes. Radikaloperation der Hernie. Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

40) **R. R. Wreden.** Ein Fall von primärer Resektion des Blinddarms bei Einklemmung.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 3.)

Der kindskopfgroße Scrotalbruch des 44jährigen Landmanns ist seit 5 Tagen eingeklemmt. Operation unter lokaler Cocainanästhesie (14,0 einer 1%igen Lösung). Im Bruchsack mit Einklemmung am äußeren Ring und weiter Bruchpforte fand sich der brandige Blinddarm und ein kleines Stück Dünndarm. Von ersterem wurden 14 cm, von letzterem 4 resecirt; der Wurmfortsatz war 13 cm lang. Darmnaht nach Czerny-Lembert, Naht der Aponeurose des Ext. und der Haut, Tamponade des Sackes vom Scrotum aus, Tabaksbeutelnaht auf den Bruchsack am äußeren Leistenring zur Verhütung des Hineingelangens von Ichor in die Bauchhöhle. Glatte Heilung (höchste Temperatur 37,8 in Folge Phlegmone des Scrotums). **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

41) **W. W. Tokarenko.** Ein Fall von Resektion des Blinddarms.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 3.)

Die 23jährige Pat. leidet seit 3 Jahren. In der Blinddarmgegend eine faustgroße Geschwulst, nach unten verschiebbar; Symptome von Blinddarmstenose. Man nahm Tuberkulose an und resecirte ein 10 cm langes Stück. Der Darm war hinten mit den retroperitonealen Drüsen verwachsen, und letztere mussten zum Theil zurückgelassen werden. Naht der Darmenden nach Czerny-Lembert, Heilung (wobei am 16. Tage eine Darmfistel entstand, die sich aber nach 3 Wochen schloss). 6 Monate später starb Pat. an Blutung aus einem Geschwür im Colon ascendens an der Nahtstelle; höher oben saß ein 2. Geschwür. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als ein bösartiges Lymphoendotheliom.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

42) **Thiem.** Ein durch Unfall herbeigeführtes Magengeschwür.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 5.)

Im Anschluss an einen Stoß, welchen ein 47jähriger, vorher vollkommen gesunder Arbeiter beim Anschirren von Kühen von einer solchen mit der Schnauze in die Magengrube erhielt, entwickelte sich nach einigen Tagen ein Magengeschwür, welches mit plötzlichem Übelsein, Blutbrechen und starker Empfindlichkeit der Magengrube in Erscheinung trat und bei entsprechendem diätetischen Verhalten nach vorübergehender mäßiger Magenerweiterung allmählich bis auf eine geringe Druckempfindlichkeit der Pförtnergegend wieder verschwand.

Motz (Hannover).

43) **H. Hartmann.** Carcinome du pylore. Pylorectomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 815.)

Für gewöhnlich bevorzugt H. zur Pylorusresektion die Kocher'sche Methode. Wegen stärkeren Übergreifens der Neubildung auf das Duodenum sah er sich im vorliegenden Falle, da sich das periphere Darmende nicht an den Magen heranbringen ließ, genöthigt zum 2. Billroth'schen Verfahren. Die in Folge der ziemlich weiten Ablösung des Duodenums vom Pankreas rückbleibende blutige Wundfläche überdeckte er mit dem hinteren Peritonealblatt und legte in die nach der Pylorusresektion rückbleibende Höhle ein Drainrohr. Glatte Heilung.

Reichel (Chemnitz).

44) **M. v. Čačković.** Stenosis pylori cicatricea cum enormi dilatatione ventriculi. Ileus gastricus. Gastroenterostomia antecolica. Sanatio.

(Liečnički viestnik 1898. No. 12. [Kroatisch.])

Der 34jährige Pat. hatte vor 11 Jahren angeblich an starker Dysenterie gelitten; seit dieser Zeit Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen, Erbrechen und unregelmäßiger Stuhl, zeitweise von schwarzer Färbung. Der Zustand verschlimmert sich immer mehr; seit 3 Jahren war Pat. nicht mehr arbeitsfähig. In letzter Zeit breiteten sich die krampfartigen Schmerzen über den ganzen Bauch aus, häufige Stuhlverhaltungen. Pat. wurde mit 6tägiger Verhaltung von Stühlen und Winden ins Krankenhaus aufgenommen; vor 3 Tagen sollen auf ein Sennainfus etwas Winde und harte Stuhlmassen abgegangen sein, seit 2 Tagen kein Erbrechen.

Pat. kollabirt, Abdomen sehr aufgetrieben, überall tympanitischer Schall, nur bei Rückenlage des Kranken etwas nach rückwärts von den Spinae ant. sup. eine schmale, wagerechte Zone dumpfen Schalles, welche sich bei Lagewechsel ändert; sie wird auf der abhängigen Seite breiter, verschwindet auf der erhöhten. Bei halbsitzender Lage erscheint oberhalb der Symphyse eine 4—5fingerbreite, nach unten konvexe Dämpfung. In den Weichen bleibt der Schall immer tympanitisch.

Eine Pylorusstenose war in diesem Falle sicher, jedoch konnten die Ileuserscheinungen nicht erklärt werden. 1. November Laparotomie (Wikerhauser). Sofort nach Eröffnung des Bauches präsentirt sich die vordere Magenwand; die eingeführte Hand findet, dass der Magen enorm erweitert ist: die große Curvatur

liegt an der Symphyse, die kleine unter dem Rippenbogen, etwas rechts und oberhalb des Nabels der Pylorus mit einem kleinen, narbigen Tumor. Die Entleerung mittels Magenschlauches gelingt nicht, da bei Einführung desselben immer die Athmung aussetzt. Der Fundus wird aus der Bauchhöhle gezogen, durch Schnitt eröffnet und die Flüssigkeit, einige Liter, entleert, darauf typische Gastroenterostomia antecolica, Anheftung der Darmschenkel nach Kappeler. Wegen großer Schwäche des Pat. wurde keine Gastroplikation ausgeführt.

Die vor der Operation vorhandenen Symptome hielten zunächst noch an. Auf Magenauswaschungen, Klysmen, Mastdarmschlauch langsames Nachlassen derselben; als Pat. am 6. Tage nach der Operation einen ausgiebigen Stuhl bekam, war der weitere Verlauf normal. Der Magen verkleinerte sich langsam, und reichte bei der Entlassung des Pat. (6 Wochen p. op.) noch bis zum Nabel. Pat. hat keine Beschwerden.

Darmverschluss durch den enorm vergrößerten Magen gehört zu den größten Seltenheiten und wird in den Lehrbüchern gar nicht erwähnt. In der Litteratur (1875—1898) fand C. nur einen derartigen, von Meyer in Virchow's Archiv Bd. CXV publicirten Fall.

Verf. glaubt, dass der Darmverschluss direkt durch Druck des erweiterten und mit Flüssigkeit angefüllten Magens auf den Dünndarm entstehe. Für diese Fälle von Darmverschluss würde er die Benennung »Mageníleus« (Ileus gastricus) empfehlen. (Selbstbericht.)

45) H. Hartmann et M. Soupault. Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie.

(Revue de chir. 1899. No. 2 u. 3.)

Der Bericht bezieht sich auf 20, zum größten Theil durch einen der Verff. ausgeführte Gastroenterostomien. Bei allen Operirten war eine wesentliche Besserung der früheren Magenbeschwerden und des Appetits eine Folge der Anastomosenbildung; Hand in Hand damit ging eine beträchtliche Hebung des Allgemeinbefindens, die bei den Fällen von gutartiger Pylorusstenose dauernd bestehen blieb; auch bei denen, wo wegen auf ein »materielles oder funktionelles« Hindernis am Pylorus (»Syndrome pylorique«) hinweisender Beschwerden operirt worden, war der Erfolg in jeder Hinsicht ein vollständiger, während er bei den Fällen von Pyloruskrebs sich meist nur als vorübergehend herausstellte, der Tod im Durchschnitt nach 7 Monaten eintrat. Was den funktionellen und chemischen Befund am Magen p. op. betrifft, so retrahirte sich der letztere bald schneller, bald langsamer, bald mehr, bald nur wenig, je nach dem Zustand seiner Muskulatur vor der Operation und nach der Dauer der Stenose; die neue Magenöffnung zeigte mit Ausnahme von 2 Fällen gute Kontinenz gegen in den Magen eingeblasene Luft; die motorische Insufficienz blieb, wohl in Folge der Verwachsungen des Magens mit der Umgebung, mehr oder minder beträchtlich bestehen, die meisten Operirten zeigten Modifikationen des Magenchemismus. Häufig wurde der Eintritt von Galle in den Magen durch die Anastomose nachgewiesen, gleichviel, ob die vordere oder hintere Gastroenterostomie ausgeführt worden war; nicht selten war die Gallenmenge erheblich, ohne dass es jedoch zu Digestionsstörungen kam. Die vor der Operation vorhandene Obstipation verschwand regelmäßig, häufig waren Diarrhöen.

Die sehr ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten geben über die in jedem einzelnen Falle p. op. erhobenen Befunde genauen Aufschluss.

Kramer (Glogau).

46) C. Schlatter. Schlussbericht über einen Fall von totaler Magenexstirpation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 3.)

In dem von S. referirten Falle handelte es sich um eine 58jährige Frau, welche an diffusem Carcinoma ventriculi litt, und bei der am 6. September 1897

die totale Magenexstirpation vorgenommen worden war (vgl. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX Hft. 3). Bis August 1898 waren Befinden und Ernährungszustand der Kranken befriedigend; etwa ein Jahr nach der Operation begann dieselbe über schmerzhafte Gefühle im linken Hypogastrium nach Einfuhr fester Nahrung zu klagen; Anfang Oktober wurde in der linken oberen Bauchgegend ein beinahe kindskopfgroßer Tumor, ferner vergrößerte Drüsen in der linken Supraclaviculargrube nachgewiesen. Bald darauf stellte sich allgemeine Schwäche, so wie Bauch- und Kreuzschmerzen ein. Am 30. Oktober 1898 erfolgte der Tod unter den Zeichen eines rapiden Kräfteverfalls.

Bei der Sektion fanden sich Carcinommetastasen auf der Pleuraoberfläche, ferner in den mesenterialen, retroperitonealen, bronchialen und supraclavicularen Lymphdrüsen. Der subdiaphragmatische Theil des Ösophagus hatte eine Länge von nahezu 8 cm; er erwies sich etwas erweitert, doch nicht in dem Maße, dass man von einem neugebildeten Magen sprechen konnte; die Muskelschicht des untersten Endes desselben gehörte dem Ösophagus an, die Schleimhaut zeigte einen atypischen Aufbau, vermuthlich desshalb, weil ein minimaler Theil von Magenmucosa zurückgeblieben und auf die Randpartie des Ösophagus hinübergewuchert war. Das mit letzterer vereinigte Darmende bot keinerlei Abnormitäten.

Da die Pat. nahezu ein Jahr lang sozusagen beschwerdefrei unter bedeutender Zunahme ihres Körpergewichts zugebracht hat, ist, wie S. wohl mit Recht betont, der Tod nicht dem gänzlichen Ausfall der Magenfunktionen, sondern lediglich den multiplen Carcinommetastasen zuzuschreiben. **Honsell** (Tübingen).

47) **Opin** (Pontivy). Hémorrhagies du foie consécutives à une contusion du thorax par coup de pied de cheval.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Februar.)

Die Hauptblutung trat erst 8 Tage nach der Verletzung auf. O. hebt die gute Wirkung subkutaner Kochsalztransfusionen hervor und glaubt, dass er diesen die Rettung des Kranken verdanke. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

48) **W. P. Northrup** and **C. A. Herter** (New York). Carcinoma of the pancreas.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Februar.)

Der Fall betrifft einen 46jährigen Mann, bei dem die Diagnose schon vor der Operation aus folgenden Momenten gestellt wurde:

1) Allgemeine Kachexie und Abmagerung. 2) Unbeweglicher Tumor in der Magengegend, der nach rechts über die Mittellinie herüberreicht. 3) Vorhandensein von freier HCl im Magensaft spricht gegen Betheiligung des Magens. 4) Helle diarrhoische Stuhlgänge, welche anscheinend viel Fett enthalten.

Die Probelaparotomie, welche die Unmöglichkeit einer radikalen Operation ergab, bestätigte die Diagnose. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

---

71. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in München.

17. bis 23. September 1899.

22. *Abtheilung: Chirurgie.*

Einführender: Obermedicinalrath Prof. Dr. Ottmar v. Angerer. Schriftführer: Prof. Dr. Ferdinand Klaussner; Privatdocent Dr. Ludwig v. Stubenrauch.

Angemeldete Vorträge:

Albers (Schönberg): Über die Anwendung der Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken.

Alberti (*Potsdam*): *Nebenerscheinungen bei Operation der Perityphlitis.*

v. Angerer (*München*): *Über Bauchbrüche nach Laparotomien.*

Bardenheuer (*Köln*): *Über Resektion der Synchondrosis sacro-iliaca.*

Braun (*Göttingen*): *Die diagnostische Bedeutung akuter Ergüsse in die Bauchhöhle.*

Czerny (*Heidelberg*): *Über Bauchbrüche und ihre Behandlung.*

v. Eiselsberg (*Königsberg i/Pr.*): *Demonstration von Präparaten.*

Friedrich, P. (*Leipzig*): *Zum Verhalten des Tuberkelbacillus in der Blutbahn und der embolischen Tuberkulose.*

Hoffa (*Würzburg*): *Über die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde.*

Jordan (*Heidelberg*): *Über Lupus der Hände bei Cigarrenarbeitern.*

Kelling (*Dresden*): *a. Beitrag zur Gastrostomie und Jejunostomie; b. Demonstration eines resorbirbaren Darmknopfes.*

Killian (*Freiburg i/B.*): *Die direkte Bronchoskopie und ihre Verwerthung bei Fremdkörpern der Lunge.* (*Mit Demonstration.*)

Kronacher (*München*): *Osteoplastische Erfahrungen.* (*Änderung des Themas vorbehalten.*)

Kümmel (*Hamburg*): *Über cirkuläre Gefäßnaht.*

Lange (*New York*): *Über die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen an den Nieren und Ureteren.*

Marwedel (*Heidelberg*): *Erfahrungen über Operationen bei Hypospadie.*

v. Mikulicz (*Breslau*): *Beiträge zur Chirurgie der Leber und Gallenwege.*

Müller, W. (*Aachen*): *Über einen ungewöhnlichen Ausgang der Osteomyelitis.*

Neuber (*Kiel*): *a. Zur Hasenschartenoperation; b. Pseudocarcinom der Unterlippe.*

Rehn (*Frankfurt a/M.*): *Über chirurgische Behandlung der Peritonitiden.*

Riedinger (*Würzburg*): *Zur Darmchirurgie.*

Rosenberger (*Würzburg*): *Über die Behandlung von gleichzeitigen komplicirten Frakturen des Ober- und Unterschenkels derselben Seite.*

Schmidt, B. (*Heidelberg*): *Über die operative Behandlung der Myelocele spinalis.*

Schmitt (*München*): *a. Subkutane Unterleibsverletzungen; b. Kurze Mittheilung über einige Fälle von Ileus.*

Schultze (*Duisburg*): *Beitrag zur Behandlung des jugendlichen Klumpfußes.*

Seydel (*München*): *Über perforirende Schussverletzungen des Unterleibes mit Krankenvorstellung.*

Steinthal (*Stuttgart*): *Über die Nachbehandlung schwerer Unterleibsoperationen.*

Tausch (*München*): *Über den angeborenen Defekt der Fibula mit Demonstration.*

Tillmanns (*Leipzig*): *a. Über die Punktion der Knochen; b. Über die operative Behandlung der Spondylitis tuberculosa.*

Vulpius (*Heidelberg*): *Altes und Neues in der Behandlung der Rückgratsverkrümmungen.*

Als Berathungsthema für eine gemeinsame Sitzung mit der Abtheilung für Innere Medicin ist die »Behandlung des Basedow« in Aussicht genommen, und hat Herr Rehn (Frankfurt) das Referat übernommen.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 32. Sonnabend, den 12. August. 1899.

(Aus dem Institut für klinische Chirurgie und Pathologie der Universität in Genua.)

Über einen neuen operativen Invaginationsprocess bei geradlinigen Darmanastomosen.

Von

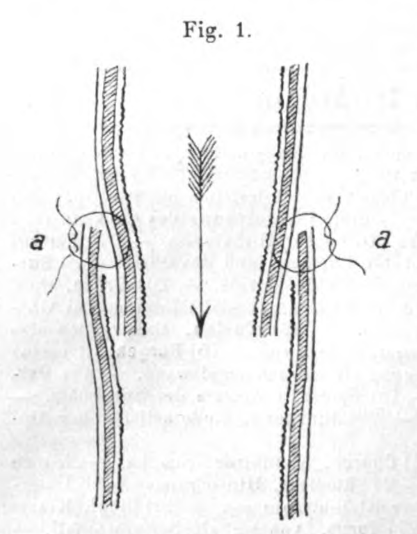
Prof. Dr. **Domenico Morisani.**

Die Anzahl der Anhänger mechanischer Knöpfe bei Herstellung von Darmanastomosen hat gegenwärtig beträchtlich zugenommen; die bevorzugteste Methode bleibt immer die Murphy'sche. Die erzielten glücklichen Erfolge haben sich allerdings vermehrt, aber gebannt,

verstärkt durch unheilvolle Fälle, ist die Scheu nicht worden, einen Fremdkörper von nicht geringem Umfang in der Darmhöhle zu lassen, und den Adhäsionsprocess der gegenüberliegenden Oberflächen allen möglichen Eventualitäten eines instrumentellen Eingriffs anzuvertrauen.

Überzeugt, dass der gute Erfolg der Naht, welche die Darmenden bis zur Verheilung zusammenzuhalten bestimmt ist, nicht von ihrer Komplicirtheit und Retentionskraft, noch von der Vielfältigkeit ihrer Schichten abhängt, sondern mehr oder weniger von der Sicherheit, mit welcher die Fadenschlingen vor der schädlichen Einwirkung des Darmmaterials geschützt werden, habe ich seit 1888[1] ein Verfahren vorgeschlagen und öfters mit Glück ausgeführt, das, indem es jedes Hindernis für den freien Abfluss des Darminhalts in der Nähe der operirten Partie beseitigt, deren Heilungsverlauf besser garantirt. Allerdings ist die größte Genauigkeit der Ausführung erforderlich, damit das Verfahren einen guten Erfolg gewährleisten kann.

Fig. 1.



Schema des Verhältnisses der zwei invaginirten Darmenden.
a Provisorisch fixirende Nahtstiche.

In der Absicht den operativen Process noch leichter und sicherer zu gestalten, haben wir in zahlreichen Versuchen ein neues Verfahren studirt, das, eben so einfach wie das erste, noch sicherer einen guten Ausgang garantirt, sowohl wegen der bequemeren Technik, als auch wegen des sichereren Schutzes der Naht gegen die schädlichen Wirkungen des Darminhalts (Fig. 1).

Dasselbe beruht auf der Invaginationsmethode und sei hier kurz beschrieben:

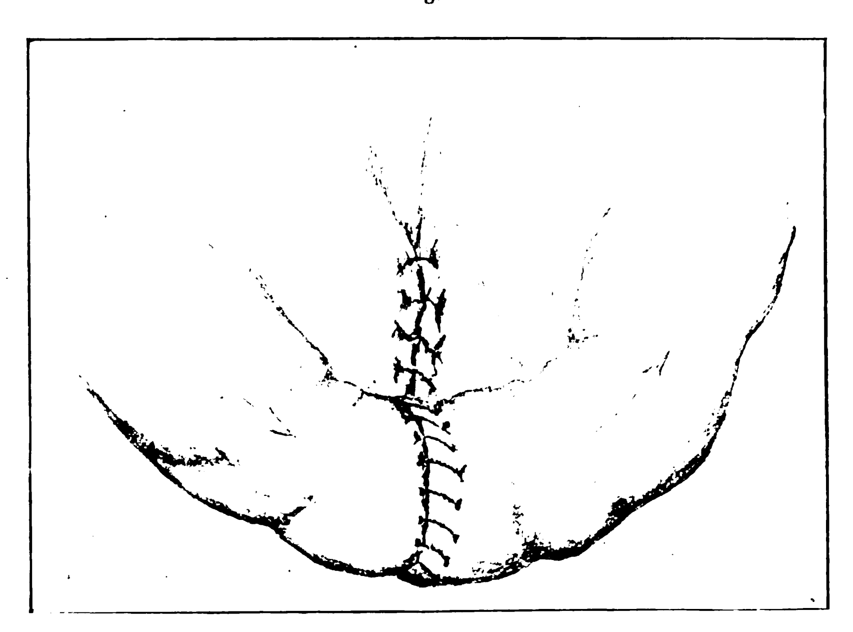
Nachdem die Darmresektion den Umständen entsprechend ausgeführt ist, wird vom freien Rand des invaginirenden Endes ein kreisförmiger Schleimhautlappen von einer 4—6 mm großen Oberfläche entfernt. Zu dem Zweck fasst man den freien Rand der Schleimhaut mit einer gezähnten Pincette und schneidet zunächst die Schleimhaut mit einer etwas stumpfen Schere senkrecht ein, um die Grenze des zu entfernenden Lappens festzulegen; danach entfernt man den so umgrenzten kreisförmigen Schleimhautlappen.

Nun invaginirt man das andere Darmende in das so vorbereitete und senkt es einige Centimeter tief in dasselbe ein. Während es

[1] D. Morisani, Sull' affrantomento rettilineo con giusta posizione dei margini. Napoli, progresso medico.

hier mit leichtem Fingerdruck gehalten wird, werden 2 oder 3 Nahtstiche zu seiner Fixirung angelegt nach denselben Normen, mit welchen darauf die endgültige Naht der 2 Enden bewerkstelligt wird. Es ist dies eine mit Seidenfaden und gewöhnlichen chirurgischen Nadeln hergestellte fortlaufende Naht, durch welche die blutende Oberfläche des invaginirenden Endes in ihrer ganzen Ausdehnung auf die korrespondirende Serosa des invaginirten Endes cylinderförmig befestigt wird. Dieselbe beginnt an einer der Einfügungsseiten des Mesenteriums; die zwischen die Gekröseseiten des invaginirten jenseitigen Darmendes eingeführte Nadelspitze durch-

Fig. 2.



Ausgeführte Operation.

sticht die Muskelhaut am Rand des ausgeschnittenen Schleimhautlappens, dringt entsprechend durch die seröse und Muskelhaut des invaginirten Darms ein und tritt entsprechend dem freien Rand des invaginirenden Darms wieder aus. Die Fadenschlingen werden geknüpft, ihre Enden genügend lang gelassen. Die Naht wird so kreisförmig angelegt, indem man die Stiche — in einer gegenseitigen Distanz von 2 mm — ein wenig schräg einführt.

Der letzte Ausstich kreuzt den ersten Einstich, sein freies Fadenende wird mit dem des ersten Stichs verknüpft, so dass sie eine leichte Konvexität erlangen. Der Rest der Operation wird auf übliche Weise bewerkstelligt (Fig. 2).

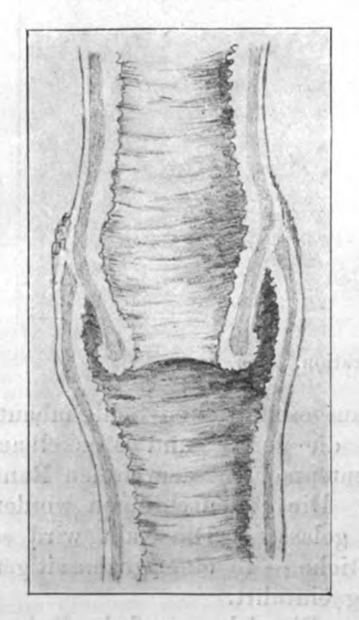
Wie ersichtlich, ist das von uns vorgeschlagene und studirte Verfahren eins der vielen von Invagination mit Resektion der Schleim-

haut; in der Technik nähert es sich mehr dem **Harris**'chen, unterscheidet sich aber von ihm durch Einfachheit und größte Bürgschaft eines guten Ausgangs.

Da der invaginirte Theil in unserem Verfahren die Darmkanalisirung ungestört aufrecht erhält, ermöglicht er die Entleerung des vom proximalen in das distale Darmende übertretenden Inhalts, ohne dass dadurch der Heilungsprocess an der Operationsstelle geschädigt wird.

Unterwerfen wir die lange Reihe der bisher bekannten Methoden der Darmanastomosirung einer kritischen Prüfung, so finden wir, dass alle ohne Unterschied auf den biologischen Gesetzen der Adhäsionsprocesse gegenüberstehender Oberflächen lebender Gewebe beruhen, welche sie in verschiedenem Maße begünstigen, nie behindern; alle sollten daher, abgesehen von den größeren oder kleineren technischen Schwierigkeiten, welche wohl wenig Wichtigkeit besitzen, für den guten Erfolg in gleicher Weise einstehen. Wenn trotzdem diese Frage noch nicht als erledigt erklärt werden kann, so muss dies der Thatsache zugeschrieben werden, dass die Resultate noch nicht vollkommen ermuthigend sind. Die Ursache der ungünstigen Erfolge liegt unseres Erachtens in dem Umstand, dass man nicht genügend bestrebt war, die Adhäsionsoberfläche vor der schädlichen Wirkung des Darminhalts zu schützen. In dieser Hinsicht besitzt unser Verfahren einen Vorzug vor den anderen bisher geübten.

Fig. 3.



Durchschnitt des operirten Stücks nach 24 Stunden.

Die Excision des Schleimhautlappens am distalen Ende gestaltet den Operationsakt einfacher, rascher und vollkommener als die bei analogen Verfahren angewandte Abschabung jener Membran. Die Annähung der blutenden Oberfläche an die seröse beschleunigt die gegenseitige Verklebung und gestattet ihre größere Festigkeit.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung der auf diese Weise operirten und den Thieren nach 24 Stunden, nach 11 Tagen und nach 3 Monaten entnommenen Darmtheile bestätigt, dass der Operationsprocess den Anforderungen der Praxis vollkommen entspricht.

Unterwirft man 24 Stunden nach der Operation den betreffenden Darmabschnitt dem Druck eines energischen Wasserstrahls, so ergiebt sich in der Nahtlinie eine vollkommene Undurchlässigkeit, welche dem Wasserdruck lange und standhaft widersteht.

Auf einem Längsschnitt erscheint das kleine Segment des invaginirten Endes trichterförmig, an seinem freien Rand verengt, nach obenhin dagegen erweitert, derartig, dass sich die größte Erweiterung über dem Niveau der Naht befindet (Fig. 3).

Die Schleimhaut bekleidet den freien Trichterrand. Der invaginirte und invaginirende Theil erscheinen an der Nahtstelle fest mit einander verwachsen; die Nahtschlingen und die Durchdringungslöcher der Fäden sind, wenn auch noch gut unterscheidbar, vollständig ausgefüllt und dem übrigen Theil der Darmoberfläche nivellirt. Der Umfang des invaginirten Endes zeichnet sich von außen durch eine spindelförmige Anschwellung aus.

Am 10. Tage nach der Operation erscheint der operirte Darmabschnitt noch spindelförmig erweitert, seine Oberfläche uneben; die Vereinigungslinie der 2 Darmenden ist nicht mehr unterscheidbar, die Nahtfäden sind nicht mehr erkennbar.

Auf dem Längsschnitt erscheint die Lage der Darmenden wenig verändert. Der invaginirte Theil ist verkürzt, sein Schleimhautwulst erreicht fast den Vereinigungspunkt der 2 Darmenden, welche durch ein festes Bindegewebe untrennbar verbunden sind. Die Nahtfäden verharren mit unverändertem Aussehen im hyperplastischen Gewebe.

Nach 3 Monaten ist die äußere Anschwellung des Darmtheils erheblich reducirt, jedoch nicht verschwunden, die seröse Oberfläche ist immer etwas ungleich, die Durchgängigkeit des Darmkanals ist vollkommen. Auf dem Längsschnitt erscheint der invaginirte Darmtheil noch mehr verkürzt, seine Schleimhaut stößt mit der des invaginirenden Darms zusammen.

Indem wir für jetzt die Einzelheiten, welche die anatomisch-mikroskopische Untersuchung des operirten Darms ergeben, übergehen, beschränken wir uns darauf hervorzuheben, dass die Verwachsung der an einander gelagerten Wundflächen per primam geschieht. Der invaginirte Darmtheil biegt sich zufolge der Narbenretraktion der Serosa und der Retraktion hauptsächlich der Längsschicht der Muskelfasern um, so dass er den Vereinigungswinkel der 2 Darmenden erreicht, während die Kreisfaserschicht sich fältelt, so dass sie Vorsprünge unter der Schleimhaut bildet. In den Präparaten, welche den seit ungefähr 3 Monaten operirten Darmtheilen entnommen sind, konstatirt man, dass die Kontinuität der Muskelfaserschicht des kleinen invaginirten Theils mit dem übrigen Darm im Niveau der Vereinigung der 2 Enden unterbrochen ist durch Zwischenlagerung von Fasergewebe und sehr dickwandigen Blutgefäßen.

Genua, Juli 1899.

---

1) **K. Brunner.** Erfahrungen und Studien über Wundinfektion und Wundbehandlung. III. Theil: Die Begriffe Pyämie und Septhämie im Licht der bakteriologischen Forschungsergebnisse.

Frauenfeld, J. Huber, 1899. 110 S.

Die vorliegende, die Begriffe Pyämie und Septhämie beleuchtende Abhandlung bildet den dritten und letzten Theil des an Arbeit, aber auch an Ergebnissen reichen, hochinteressanten Werkes des Verf. über Wundinfektion und Wundbehandlung. In welch verschiedenem Sinne die Ausdrücke Sepsis, Septhämie, septische Processe, Pyämie, Pyosepthämie heute gebraucht werden, lehrt ein Blick in unsere gangbaren Lehrbücher der allgemeinen Chirurgie. Die ursprüngliche Bedeutung des Wortes Sepsis, der fauligen Infektion, ist fast ganz in Vergessenheit gerathen; man wendet es vielfach an zur Bezeichnung einer infektiösen Allgemeinerkrankung, bei der von Fäulnis gar keine Rede ist. Die bakteriologische Erfahrung, dass man bei den als Septhämie und Pyämie bekannten Krankheitsformen die gleichen Krankheitserreger findet, dass die gleichen Bakterien das eine Mal Septhämie, das andere Mal Pyämie erzeugen, hat dazu geführt, alle durch Infektion des Blutes mit Eitererregern verursachten Erkrankungen unter dem gemeinsamen Namen Septikopyämie zusammenzufassen, von Pyämie da zu sprechen, wo metastatische Eiterung und die durch sie bedingten Symptome im Vordergrund des klinischen Bildes stehen, hingegen da, wo sie fehlen oder zurücktreten, die Bezeichnung Septhämie zu gebrauchen.

An Versuchen einer schärferen Trennung beider Begriffe auf ätiologischer Basis und richtigerer, den Begriffen besser entsprechender Namengebung hat es nicht gefehlt; doch halten diese Versuche einer strengeren, von B. an ihnen geübten Kritik nicht Stand. Verf. bespricht eingehend die von den verschiedenen Autoren gegebenen Begriffsbestimmungen, glaubt sie sämmtlich, sei es ganz, sei es theilweise, zurückweisen zu müssen und schlägt selbst folgende Eintheilung vor:

Die Bezeichnung Septhämie ist nur in ihrer ursprünglichen Bedeutung zu gebrauchen, d. h. nur bei den heute seltener gewordenen Allgemeinerkrankungen anzuwenden, »wo die Existenz fauliger Processe, die Gegenwart und Wirkung von Fäulnisorganismen die Anwendung motivirt«. — Für die durch Eitererreger irgend welcher Art erzeugten Allgemeinerkrankungen passt der Sammelname »pyogene Allgemeinerkrankung«. Bei ihr spielen stets sowohl die Bakterieninfektion, wie die Blutvergiftung durch Bakterientoxine eine Rolle. Entstehen nun »unter der Wirkung der in die Organe eingedrungenen Mikrophyten klinisch nachweisbar metastatische Herde, so sprechen wir von metastasirender Pyämie; sind klinisch Eiterherde nicht manifest, kommt es überhaupt nicht zu ihrer Bildung, sondern entwickelt sich als Effekt der Bakterieninvasion in die Organe und unter Wir-

kung der ins Blut gelangten Gifte nur parenchymatöse Schwellung, hohes kontinuirliches Fieber, so können wir das hierbei producirte klinische Bild mit Pyotoxinämie (statt Septikämie!) bezeichnen«. Zur genaueren Bezeichnung dient dann im Einzelfalle die Hinzufügung des Namens des Krankheitserregers. Aus dieser die ätiologischen, wie symptomatologischen Momente berücksichtigenden Eintheilung ergiebt sich folgende Benennungsweise:

1) Allgemeinerkrankungen durch pyogene Mikroben:

a. Allgemeininfektionen, bei welchen Metastasen klinisch manifest werden. — Metastasirende Allgemeininfektion. Metastasirende Pyämien, akut oder chronisch verlaufend. Beispiel: Akut metastasirende Staphylokokkenpyämien.

b. Allgemeinerkrankungen, bei welchen Metastasen klinisch nicht manifest werden. Allgemeinintoxikationserscheinungen stehen im Vordergrund. — Toxinämie, Toxämie, Pyotoxämie. Beispiel: Akute Streptokokkentoxinämie.

2) Allgemeinerkrankungen, bei denen die Wirkung pyogener Mikroben mit derjenigen von Fäulnisprocessen sich kombinirt. — Pyosepthämie. Septhämie.

3) Allgemeinerkrankungen, bei denen Absterbeprocesse alleinige Grundursache sind. Septhämie ohne Mikrobenwirkung.

Den Beweis, dass eine solche Eintheilung und Benennung praktisch durchführbar und zweckmäßig sei, sucht B. durch Analyse einer sehr großen Zahl theils der Litteratur, theils der eigenen Erfahrung entnommener einschlägiger Krankheitsfälle zu erbringen.

Hierbei scheidet er diejenigen Fälle, bei denen ein einziger Krankheitserreger wirksam war, als Monoinfektionen von den Mischinfektionen, bei denen die bakteriologische Untersuchung des Blutes oder Eiters oder der Organe mehrere pathogene Bakterien auffinden ließ. Von den Monoinfektionen bespricht B. gesondert die durch Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken, Bacillus Friedländer, Bacterium coli, Bacillus typhi, Gonokokken, Bacillus pyocyaneus, Micrococcus tetragenus, Proteus vulgaris erzeugten; die Mischinfektionen trennt er in heterologe Infektionen, bei welchen im Anschluss an eine primäre Infektion eine sekundäre durch andere Mikroben erfolgt — er schlägt dafür die Bezeichnung »heterochrone Infektion« vor —, und primäre Doppel- oder Polyinfektionen.

Diese genaue Analyse nimmt den größten Theil der Arbeit ein. Naturgemäß ließen sich Wiederholungen dabei nicht ganz vermeiden; dies und die manchmal nicht eben knappe Art der Darstellung machen die Lektüre dieses, im Übrigen höchst wichtigen und mit großer Sach- und Litteraturkenntnis bearbeiteten Abschnitts etwas ermüdend. Besonders sorgfältig ist natürlich die Monoinfektion mit Staphylokokken und Streptokokken besprochen. Auf die Fälle des vorgebrachten Details hier näher einzugehen, gestattet der Raum eines Referats nicht. Die sich für den Gegenstand Interessirenden — und welcher Chirurg stünde gerade diesem Gebiet interesselos

gegenüber? — müssen das Original selbst zur Hand nehmen. — Hervorgehoben sei nur, dass auch B. betont, dass die klinischen Erscheinungen für sich allein einen Rückschluss auf die Art des Infektionserregers sehr oft nicht mit Sicherheit gestatten. »Die reine Streptokokkenallgemeinerkrankung kann denselben chronischen oder akuten Verlauf mit Metastasen oder denselben akuten Verlauf ohne Metastasen darbieten, wie die Staphylokokkenallgemeininfektion.« Oft erlaubt freilich der Charakter des primären Herdes einen Wahrscheinlichkeitsschluss auf die Art des Krankheitserregers, wie umgekehrt der Bakterienbefund im Blut in manchen Fällen kryptogenetischer Infektion mit Wahrscheinlichkeit Aufschluss über die Eingangspforte giebt. Alles in Allem führen die Streptokokkeninfektionen häufiger zur Allgemeinerkrankung und sind auch gewöhnlich prognostisch etwas ungünstiger als die Staphylokokkeninfektionen.

Die Monoinfektion mit Pneumokokken kann außer in Gelenken in den verschiedensten Organen metastatische Eiterung hervorrufen. In 11 von 22 von B. zusammengestellten Gelenkmetastasen handelte es sich um monartikuläre Gelenkentzündungen. Relativ häufig erkranken die Meningen metastatisch. Die Prognose der Pneumokokkenerkrankungen ist ziemlich gutartig; das gilt besonders von den Mittelohrentzündungen und Empyemen. Auch lassen Fälle von Meningitis, die in Heilung übergehen, eine Pneumokokkeninvasion vermuthen.

Auch bei den Eitermetastasen nach Monoinfektionen mit dem Bacillus Friedländer spielt die Meningitis eine wichtige Rolle. Die gleiche Infektion kann aber auch Allgemeinerkrankungen ohne Eitermetastasen erzeugen.

Häufiger und daher mehr bekannt sind die metastasirenden Allgemeininfektionen durch das Bacterium coli; aber auch diese können ohne metastatische Erscheinungen verlaufen.

Wenig bekannt ist, dass ausnahmsweise auch der Bacillus pyocyaneus invasive Eigenschaften zeigen kann. Aus der Litteratur stellt B. mehrere Beispiele für eine metastasirende Allgemeininfektion durch diesen Bacillus zusammen; dessgleichen für den Micrococcus tetragenus und den Proteus vulgaris.

Die gleichen Krankheitsbilder, wie wir sie bei Monoinfektionen finden, beobachten wir vielleicht noch häufiger bei Mischinfektionen. Häufig sehen wir die Kombination von Staphylokokken und Streptokokken, seltener schon von Staphylo- und Pneumokokken. Sehr oft handelt es sich um Polyinfektionen. Die eigentliche Septhämie und Pyosepthämie scheint immer auf Mischinfektionen zu beruhen, auf der Kombination der Wirkung von Eitererregern mit der einfacher Fäulniskeime. Die gewöhnlichen Eitererreger für sich allein bedingen keine Fäulnis; eine Ausnahme machen nur das Bacterium coli und der Proteus vulgaris. Eine scharfe Scheidung zwischen rein toxischer und invasiver Erkrankung lässt sich natürlich bei den Mischinfektionen noch viel weniger durchführen, als bei den Monoinfektionen.

Durch Jahrzehnte hindurch eingebürgerte, wenn auch das Wesen der Sache nicht ganz richtig bezeichnende Namen lassen sich nicht binnen Kurzem aus der Welt schaffen. So werden auch weiterhin die Ausdrücke Sepsis, Septikämie etc. noch vielfach, wie zur Zeit, in irrthümlicher Bedeutung gebraucht werden.

Streben müssen wir aber danach, in diese jetzt noch sehr verworrenen Begriffe eine größere Klarheit zu bringen und einheitliche richtige Bezeichnungen für sie aufzustellen. B. gebührt das Verdienst, in seiner schönen Arbeit uns einen gut gangbaren Weg gezeigt zu haben.

Reichel (Chemnitz).

2) **P. Linser.** Über Gewebsläsionen und die durch sie erzeugte Prädisposition für Infektionen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 465.)

Eine experimentelle Arbeit, hervorgegangen aus Prof. Tavel's bakteriologischem Institut in Bern. Als Versuchsthiere dienten Kaninchen, welchen an der Innenseite des Oberschenkels Schnittwunden beigebracht wurden. Die Wunde des Kontrollthiers wurde direkt mit der zu prüfenden Bakterienkultur (Staphylokokken, Pyocyaneus, Bacterium coli, Streptokokken, Tetanus) inficirt, die der gleichzeitig vergleichsweise beobachteten Thiere aber erst, nachdem in ihr eine Gewebsläsion vorgenommen. Die letztere bestand jedes Mal beim 2. Thier in Ligatur eines Muskelbündels, beim 3. in einer Austrocknung des letzteren an der Luft während mehrerer Stunden, beim 4. Thier in einer Quetschung des Muskelbündels mittels Schiebers. Dann wurden die Wunden geschlossen und über den Wundverlauf die nöthigen Beobachtungen und Notizen aufgenommen. Die ziemlich gleichartigen Versuchsresultate ergaben, dass die nicht geschädigten Wunden bei Weitem am besten heilten und großentheils ganz frei von den Folgen der Infektion blieben. Schlechter war der Verlauf bei den Thieren mit Muskelligaturen, am übelsten der, wo Austrocknung und Quetschung vorgenommen war. Die histologisch-biologischen Veränderungen im unterbundenen Muskel bei gleichzeitiger Abscessbildung beschreibt L. näher, indem er diese Veränderungen in 3 Stadien eintheilt, worüber auf das Original zu verweisen. Von Interesse sind besonders auch die Tetanusversuche. Benutzt wurde zur Infektion eine Suspension entgifteter Sporen, die für die ungeschädigte Wunde schadlos blieb, während nach der Muskelligatur — jedenfalls in Folge der durch diese gesetzten Cirkulationsstörungen — Keimung der Sporen und Entwicklung von Tetanusbacillen erfolgte. — L. zieht aus seinen Versuchen die Lehre, dass feuchte Asepsis rathsam, und bei den Operationen Gewebsquetschungen und Ligaturen thunlichst zu vermeiden seien.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

3) **Briegleb.** Über die Verwendbarkeit des Tropococains in der Infiltrationsanästhesie.

(Zeitschrift für praktische Ärzte 1899. No. 6.)

B. hat das Tropococain praktisch an 44 Fällen ausprobirt und bei der Infiltrationsanästhesie dieselben guten Resultate erreicht, wie mit Cocain. Verf. empfiehlt den Gebrauch des Tropococains zur lokalen Anästhesie besonders mit Rücksicht darauf, dass es nach Thierexperimenten von Custer fast 3mal weniger giftig sein soll, als das Cocain.

K. Hufschmid (Gleiwitz O/S.).

4) **Bier.** Versuche über Cocainisirung des Rückenmarks.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 361.)

Die physiologisch sowohl wie praktisch bedeutungsvollen Versuche über »Cocainisirung des Rückenmarks«, über die hier berichtet wird, wurden an 5 Pat. und an einem Arzt (Dr. Hildebrandt) angestellt; ein an dem Verf. selbst versuchtes Experiment ist misslungen. Der Eingriff besteht darin, dass mittels einer sehr dünnen Hohlnadel die Quincke'sche Lumbalpunktion gemacht und durch dieselbe nun Cocain in den Duralsack injicirt wird. — Die Dose schwankte von 0,005—0,015. Das Resultat bestand in einer binnen 5—10 Minuten einsetzenden und gegen $^{3}/_{4}$ Stunde anhaltenden »großartigen Lähmung des Schmerzgefühls«, welche, durch die Verbreitung des Cocains im Liquor cerebrospinalis und Treffen desselben auf die Spinalnerven und Ganglien verständlich, sich auf die unteren $^{2}/_{3}$ des Körpers bis auf Brustwarzenhöhe erstreckte. Bei den Pat. konnten desshalb an den Unterextremitäten diverse schwere Operationen schmerzlos ausgeführt werden. Die Beobachtung an Dr. Hildebrandt ist dadurch interessant, dass die Einzelerscheinungen der Giftwirkung genau notirt sind. Bedrohliche Nachwirkungen des Eingriffs wurden in keinem Falle bemerkt, wohl aber einige Male lästige Folgen, ähnlich denen, die nach Allgemeinnarkosen gewöhnlich sind, Kopfschmerzen und Erbrechen etc. B. selbst, so wie Hildebrandt, waren längere Zeit hinterher unpässlich, hauptsächlich wohl desshalb, weil sie nach dem Versuch jede Schonung für überflüssig hielten. B. hält die beobachteten Nachwehen weniger für Giftwirkung, als für eine Folge von Kreislaufsstörungen im Centralnervensystem. B. selbst war wegen Missglücken des Versuchs so gut wie gar kein Cocain einverleibt worden, dagegen war bei ihm unbeabsichtigter Weise viel Liquor cerebrospinalis abgelaufen, worauf er die übeln Nachfolgen zurückführt. Für etwaige Nachprüfungen der Versuche an Menschen ist desshalb jedenfalls auf Vermeidung des Abflusses von Liquor cerebrospinalis zu achten und Einhalten strenger Bettruhe hinterher erforderlich.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

5) **A. Chipault.** Du rôle ossificateur de la dure-mère, conséquences au point de vue de la technique des interventions cranioencéphaliques.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 42.)

In Übereinstimmung mit Kocher, der auf dem letzten Chirurgenkongress die Resektion der Dura mater bei der chirurgischen Behandlung der Epilepsie empfahl, kommt C. auf Grund von Thierexperimenten und 15 eigenen Erfahrungen an Trepanirten zu dem Schluss, bei intrakraniellen Eingriffen stets die vorliegende Dura zu entfernen. So fand er bei 3 wegen Jackson'scher Epilepsie mit Resektion der Dura Trepanirten dauernde Heilungen, bei 3 ebenfalls desswegen mit Erhaltung der Dura Operirten baldige Recidive; 2 wegen essentieller Epilepsie Operirte ohne Resektion der Dura boten Recidive; von 4 inoperablen Hirntumoren wurden 3 mit Erhaltung der Dura trepanirt, worauf rasche Wiederkehr der Schmerzen und Anfälle auftrat, 1mal wurde die Dura resecirt, wonach die Besserung bis heute angehalten hat.

Um bei den verschiedenartigen intrakraniellen Eingriffen, speciell bei erhöhten Druckverhältnissen, Dauerresultate zu erlangen, soll man also

1) das trepanirte Knochenstück entfernen,

2) die darunter liegende Dura im Bereich der Knochenlücke reseciren.

Jaffé (Hamburg).

---

6) **F. Ropke** (Solingen). Zur Operation des otitischen Großhirnabscesses mit besonderer Berücksichtigung des Heilwerthes der Operation.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde 1899.)

Verf. unterzieht sich der dankenswerthen Aufgabe, 142 Fälle von operirten Großhirnabscessen, worunter 3 eigene, in Bezug auf ihre definitiven Resultate zu verfolgen. Er hat über den weiteren Verlauf bei den Operateuren Erkundigungen eingezogen und ist so in der Lage, die Litteraturangaben authentisch zu vervollständigen. Verf. giebt in der Einleitung einen kurzen historischen und Litteraturüberblick, wobei er besonders auf die Arbeiten von Körner und Macewen eingeht, und fügt dann das Resultat der Operationen in Tabellenform an. Dabei ergiebt sich, dass 41,8% der operirten Fälle definitiv und ohne bleibende Schädigung geheilt wurden. Damit widerspricht R. der Ansicht von Heiman, dass nämlich die meisten Fälle an Recidiven zu Grunde gingen oder einen dauernden körperlichen oder geistigen Schaden davontrügen. Er hält das von ihm zusammengestellte Material für objektiver als das der bisherigen Litteratur, weil ihm verschiedene, nicht veröffentlichte, unglücklich verlaufene Fälle von den Autoren überlassen worden sind, und weil in der letzten Zeit an und für sich die Neigung bestehe, besonders tödlich geendete Fälle zu veröffentlichen.

Deutschländer (Breslau).

---

7) T. S. Flatau (Berlin). Die Hysterie in ihren Beziehungen zu den oberen Luftwegen und zum Ohr.

(Bresgen, Sammlung zwangloser Abhandlungen Bd. III. Hft. 5 u. 6.)
Halle a/S., **Karl Marhold,** 1899.

Verf. verschafft sich für das heikle Thema eine Basis, indem er gleich am Anfang seiner Arbeit eine Definition des Hysteriebegriffs giebt: »Das, was die Hysterie ausmacht, ist, wenn wir es versuchen, objektivistisch auszudrücken, eine in ihrem Wesen unbekannte, centrale Betriebsstörung ohne Materialschaden«, und weiter: »Es ist eine im Grunde psychische Insufficienz, von deren pathologischer Besonderheit wir eben so wenig wissen, wie von der Mechanik der normalen Vorgänge«. Auf Grund dieser Begriffsbestimmung giebt dann Verf. eine Beschreibung der hysterischen Krankheitserscheinungen der in der Überschrift genannten Organe, ohne sich an eine strenge Eintheilung zu binden. Die Einzelheiten, auch die Therapie, bieten dem Chirurgen wohl kaum ein derartiges Interesse, dass ein detaillirtes Eingehen darauf an dieser Stelle angezeigt wäre.

Deutschländer (Breslau).

8) C. Burnett. Further considerations of the mechanism of ear vertigo and its relief by removal of the incus.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. April.)

B. unterscheidet 3 Arten von Ohrschwindel, je nachdem derselbe durch Krankheiten des äußeren, mittleren oder inneren Ohres bedingt ist. Die Erscheinungen (mehr oder weniger Taubsein, Ohrenklingen, Schwindelanfälle, Erbrechen, Taumeln, öfteres Hinfallen ohne Bewusstseinsstörung), allgemein als Menière's Symptome zusammengefasst, sind bei allen 3 Formen identisch. Da B. den anfallsweise auftretenden Ohrschwindel durch temporäre Steigerung der Exkursionen (retraction and impaction) des stapes erklärt, so hält er die Befreiung des Steigbügels durch Excision des Ambos für die rationellste Therapie.

In der vorliegenden Arbeit ist ein weiterer, erfolgreich operirter Fall von Ohrschwindel mitgetheilt, der als metastatische Erkrankung nach Parotitis (Mumps) aufzufassen ist. Über Einzelheiten des Operationsverfahrens ist das Original nachzusehen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

9) W. Okada. Zur oto-chirurgischen Anatomie des Schläfenbeins.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 4.)

Wie die Überschrift lehrt, behandelt die sehr umfangreiche, äußerst mühsame und interessante Arbeit des in Tokio lebenden Verf. anatomische und hauptsächlich auf ihre chirurgische Nutzanwendung gemachte Studien über zahlreiche wichtige Verhältnisse am Schläfenbein. Es ist selbstverständlich, dass ein Referat keine Übersicht über den Inhalt einer Arbeit zu geben vermag, in der jede

Zahl und jede Zeile einzelne beachtenswerthe Thatsachen enthält. Neben eigenen Messungen ist eingehend auch die Litteratur über das bezeichnete Gebiet behandelt und kritisch gewürdigt. Als Hauptpunkt des Aufsatzes figuriren die Beobachtungen über die Beziehungsverhältnisse der verschiedenen Breiten der Schädelbasis unter einander, ferner solche über die Warzenfortsätze, deren Größe und Verhältnis zu den Schädelformen, Studien über den Sulcus transversus und das Emissarium mastoideum. Als besonders wichtig sind noch die Ergebnisse hervorzuheben, welche Verf. bezüglich der sogenannten »gefährlichen« Schläfenbeine erhalten hat. Die Charakterisirung derselben stimmt nach seinen Anschauungen fast genau mit dem Charakter des kindlichen Schläfenbeins überein, so dass er das Schläfenbein eines Erwachsenen eben dann gefährlich nennt, wenn es den kindlichen Typus bewahrt hat. Solche Warzenfortsätze bezeichnet O. darum als Processus mastoidei infantiles. Zum Schluss sei auch noch erwähnt, dass Verf. konstatirt, man könne bei operativen Eingriffen in der Partie hinter dem Processus mastoideus, besonders in der vertikalen Ausdehnung von 2 cm sehr häufig die Verletzung des Emissarium mastoideum nicht vermeiden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

10) **A. Broca** (Paris). Chirurgie operatoire de l'oreille moyenne.

Paris, **Masson**, 1899.

Die Monographie, eben so wie die früheren Arbeiten des Verf. in klassischem Stil geschrieben, zerfällt in eine Vorrede, einen anatomischen und chirurgischen Theil. In dem Vorwort wird die Wichtigkeit der Antrumeröffnung für den Praktiker betont und die Indikation der Wilde'schen Incision eingeschränkt, während im großen Theil die anatomischen Verhältnisse des Mittelohrs und des Operationsfeldes klar gelegt werden. Hierin liegt der Hauptwerth des Werkes; denn abgesehen von der klaren, übersichtlichen Darstellung bringt Verf. in 50 photographischen Abbildungen nach horizontalen, vertikalen, transversalen und schrägen Schnitten eine Topographie des Schläfenbeins des Kindes, wie sie in dieser Reichhaltigkeit noch nicht geboten wurde. Die Präparate der Neugeborenen und der Kinder in den ersten Lebensmonaten und Jahren demonstriren sehr instruktiv die Verschiedenheit der Lage des Antrum und des Recessus bei Kindern und Erwachsenen gegenüber den äußeren sichtbaren Knochentheilen, z. B. der Henle'schen Spina. Im chirurgischen Theil wird die Antrumeröffnung, die Zaufal-Stacke'sche Methode zur Freilegung der gesammten Mittelohrräume und im Anschluss daran die Eröffnung der Schädelhöhlen beschrieben. Die hier in den Text eingestreuten 48 Figuren sind leider etwas schematisch gehalten. Sonderbar ist es, dass Verf. bei seinen Operationspräparaten stets quadratische Knochenwunden herstellt. Die Zeichnungen sind angefertigt von M. O. Lenoir, während die Präparate und photographischen Ab-

bildungen des ersten Theils von Ch. Millet, beide Schüler Broca's, herstammen. **Deutschländer** (Breslau).

---

11) **E. J. Moure** et **G. Liaraz** (Bordeaux). Traitement chirurgical de quelques paralysies faciales d'origine otique.

(Travaux de la Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.)

Nach einer Aufzählung der verschiedenen Ursachen der Facialisparalysen giebt Verf. einen Überblick über die anatomischen und physiologischen Verhältnisse des Nerven und versucht dann an der Hand mehrerer Krankheitsfälle eine genauere topographische Diagnose des Sitzes der Läsion. Er schließt sich dabei eng an das bekannte Erb'sche Schema an, betont jedoch, dass es nach den Untersuchungen von Vulpian und neuerdings auch von Lermoyez zweifelhaft sei, ob das Gaumensegel vom Facialis versorgt werde. Weiter bespricht er die Bedeutung der elektrischen Untersuchung für die Prognose der Erkrankung und bringt dann die Therapie. Er erwähnt dann die Methode Stacke-Cozzolino's, die eine Modifikation der Zaufal'schen Operation zur Freilegung der Mittelohrräume darstellt, und giebt ihr vor dem Verfahren Chipault-Dalcine's, die eine Aufmeißlung des Facialiskanals befürworten, den Vorzug. **Deutschländer** (Breslau).

---

12) **Peltesohm.** Über eine neue, einfache Methode, persistente Perforationen des Trommelfells zum Verschluss zu bringen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 16.)

Die Methode, welche von Okuneff im Jahre 1895 veröffentlicht wurde, hat P. in einer Reihe von einschlägigen Fällen mit bestem Erfolg in Anwendung gezogen. Im Wesentlichen besteht das Verfahren darin, dass an den überhäuteten Rändern der Perforation Ätzungen mit Trichloressigsäure vorgenommen werden, welche bald eine deutliche Verkleinerung der Perforation, schließlich vollkommen benarbte Trommelfelle herbeiführen. Unmittelbar nach der Ätzung wird ziemlich starker Schmerz empfunden, der aber nach einigen Minuten verschwindet. Das Einträufeln einer 10 bis 15%igen Cocainlösung Behufs Anästhesirung hat P. vermieden, weil Resorption und Intoxikationserscheinungen die Folge davon sein können. Auf Grund seiner Erfahrungen genügt das Betupfen des sichtbaren Theils der Paukenhöhlenschleimhaut mit einigen Tropfen einer 10%igen Cocainlösung. Die Ätzung mit Trichloressigsäure wird am besten in der Weise vorgenommen, dass man das äußerste Ende einer Ohrsonde mit einigen ganz feinen Wattefäden umwickelt und diese mit einem Tropfen der flüssig gewordenen koncentrirten Trichloressigsäure tränkt. **Gold** (Bielitz).

---

13) **S. Coelho** (Lisbonne). Ablation du ganglion de Gasser avec arrachement protubérantiel du trijumeau dans un cas de névralgie faciale rebelle.

(Revue de chir. 1899. No. 5.)

Unter Mittheilung des im Titel angegebenen Falles, welcher nach der Methode von Hartley-Krause-Doyen und wegen profuser Blutung bei Freilegung der fest adhärenten und verdickten Dura mater in 2 Zeiten operirt und durch die totale Ausrottung des Ganglion — bei nachfolgenden Störungen an der Cornea und Insensibilität eines großen Gesichtsbezirks — geheilt wurde, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Exstirpation des Ganglion Gasseri darf wegen ihrer Gefahren, besonders durch Verletzung der Carotis interna, des Sinus cavernosus, der Meningea media, so wie durch nachfolgenden Hirndruck, Chok und die Möglichkeit einer Infektion mit ihren schweren Folgen nur als letztes Mittel in der Behandlung der Trigeminusneuralgie gewählt werden.

2) Sie hat mittels Ausreißung des Trigeminus an der Protuberanz zu erfolgen, wodurch allein eine radikale Operation und das Nichteintreten von Recidiven gewährleistet ist. **Kramer** (Glogau).

---

14) **H. Cordes.** Zur Behandlung der Keilbeinhöhlenerkrankungen.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. No. 5.)

Zur breiten Eröffnung der Keilbeinhöhle von vorn her hat Verf. ein Instrument konstruirt, welches analog dem Schötz'schen Doppelmeißel aus zwei gegen einander beweglichen Hohlmeißeln besteht. Die zu entfernende Knochenwand wird zwischen die Schneiden der Hohlmeißel gefasst. Nebenverletzungen sind dabei ausgeschlossen. Das Operationsfeld macht sich Verf. zugänglich, indem er die mittlere Muschel entweder mit einem Elevatorium bei Seite drückt oder abträgt. **Teichmann** (Berlin).

---

15) **H. Bergeat.** Rhinoscopia externa. Recessus apicis nasi.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. No. 4.)

Unter »Recessus apicis nasi« versteht B. die jederseits vorhandene Bucht an der Rückseite der Nasenspitze, dort wo die Rinne zwischen Scheidewand und knorpelig-häutiger Seitenwand der äußeren Nase ihren tiefsten Punkt erreicht. Nach innen, vorn und außen wird der Recessus durch den vorderen, zum häutigen Septum umbiegenden Theil des Flügelknorpels modellirt, nach unten von einer horizontalen Hautfalte begrenzt. Dieser Recessus kann sehr verschiedene Ausdehnung, je nach der Form der Nase, haben: man kann oft weit über 1 cm nach vorn sondiren, Watteballen von Bohnengröße unsichtbar unterbringen und erstaunlich große Mengen

von Schnupftabak vorfinden. Zur Besichtigung dieses Recessus empfiehlt Verf., einen erwärmten Nasen-Rachenspiegel unter das Nasenloch zu halten, und bezeichnet diese Untersuchung als »Rhinoscopia externa«. Hierbei erweisen sich die Recessus als häufiger Sitz von Ekzemen, deren Hartnäckigkeit sich aus der ungenügend tiefen Einführung der Salben erklärt, und von schmerzhaften Furunkeln. Diese bringen hauptsächlich die Nasenspitze zur Schwellung und werden, abgesehen von der Incision, am besten mit Sublimat 1:2000 auf Wattepfröpfen eingeführt, behandelt. Außerdem fand Verf. in den Recessus ein glattes, gestieltes Hautfibrom, papulöse Syphilide, von der äußeren Nasenfläche her eingewanderten Lupus und Granulationswucherungen.

Teichmann (Berlin).

---

16) **G. Bönninghaus.** Über die Beseitigung schwerer Verbiegungen der knorpeligen und knöchernen Nasenscheidewand durch die Resektion.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 2.)

Die von Krieg 1889 publicirte Resektionsmethode, welche darin besteht, dass man die knorpelige Scheidewand, so weit sie abgewichen ist, von der konvexen Seite aus resecirt mit Einschluss der die Deviation auf dieser Seite bedeckenden Schleimhaut und Knorpelhaut, hat Verf. im Wesentlichen unverändert bei 19 Fällen von schwerer Verbiegung angewendet, darunter 18mal mit vollem Erfolg. Er löst zunächst Schleimhaut und Perichondrium der konvexen Seite ab, durchschneidet dann den Knorpel am vorderen unteren Ende der Verbiegung und löst von hier aus mit dem Elevatorium die Schleimhaut der konkaven Seite ab, ohne sie zu durchtrennen. Die Resektion des Knorpels erfolgt mit der scharfen Löffelzange, auch von der knöchernen Scheidewand werden, wenn nöthig, Stücke weggebrochen. Erst jetzt wird die Schleimhaut auf der konvexen Seite entfernt, weil sie, wenn zurückgelassen, sich einrollt und die Lichtung verengt. Tamponade mit Jodoformgaze genügt zur Verhütung von Nachblutung. Nachbehandlung ist nicht erforderlich. Auch äußere Verunstaltungen der Nase, wie Abweichen der Nasenspitze, werden durch diese Methode beseitigt.

Teichmann (Berlin).

---

17) **Ostmann.** Zur Entfernung der hinteren Hypertrophien der unteren Muscheln.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 2.)

Die Entfernung der hinteren hypertrophischen Enden der unteren Nasenmuscheln gelingt mit der kalten Schlinge nicht immer, und häufig nur unter beträchtlicher Blutung. Die Glühschlinge vermeidet zwar die Blutung, setzt aber in unmittelbarer Nähe des Ostium pharyngeum tubae eine Brandfläche, von welcher sehr leicht eine Infektion des Mittelohrs ausgehen kann. Desshalb schlägt Verf. vor, zunächst mit dem galvanokaustischen Furchenbrenner eine tiefe

Furche von der Basis der Hypertrophie nach vorn durch die ganze Dicke der Schleimhaut bis auf den Knochen zu ziehen; diese Furche zerstört die hauptsächlichsten Blutgefäße, welche das hintere Muschelende versorgen. Legt man dann die kalte Schlinge an, so dass sie in die Furche zu liegen kommt, so kann man bequem ohne Blutung und ohne Abgleiten durch langsames Zuschnüren die Hypertrophie entfernen. **Teichmann** (Berlin).

---

18) **G. Spiess.** Die endonasale Chirurgie des Sinus frontalis.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 2.)

Die Eröffnung der Stirnhöhle von der Nasenhöhle aus galt bisher für ein gewagtes Unternehmen, da man im Dunkeln operirt und bei der Variabilität der topographischen Verhältnisse leicht falsche Wege macht. Verf. hat nun in einer Anzahl von Fällen unter Leitung des Röntgenbildes operirt, indem er vor dem Fluorescenzschirm arbeitete und das Vordringen der elektrischen Trephine, resp. des Bohrers im Knochen direkt beobachtete. Einmal, als er unter Führung einer im Ausführungsgang der Stirnhöhle liegenden Sonde durchbohren wollte, passirte es ihm freilich, dass er zu weit nach außen gerieth, und die Trephine an der Seitenwand der äußeren Nase herauskam, ohne die Stirnhöhle zu eröffnen. In 8 anderen Fällen aber, wo er unbekümmert um den Ausführungsgang operirte, eröffnete er den Boden der Stirnhöhle und schaffte dem eventuell vorhandenen Eiter Abfluss. Die Öffnung wurde mehrere Male mit der Fraise noch erweitert, damit der Pat. selbst die nachfolgenden Ausspülungen anwenden könne. In einem Falle, wo die Diagnose des Stirnhöhlenempyems zweifelhaft war, und eine Operation von außen abgelehnt wurde, machte Verf. eine Probeeröffnung auf diesem Wege. Es fand sich kein Eiter, und als später wegen der anhaltenden Beschwerden dennoch die Operation von außen vorgenommen wurde, erwies sich die Stirnhöhle thatsächlich frei von Eiter. Selbst für akute Empyeme schlägt Verf. diese Eröffnungsmethode vor, obgleich er zugiebt, dass diese meist von selbst heilen.

Teichmann (Berlin).

---

19) **G. Spiess.** Sequester im Alveolarfortsatz nach Anbohrung der Oberkieferhöhle.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 2.)

Wegen Kieferhöhleneiterung wurde die Anbohrung durch den Alveolarfortsatz mit dem elektrischen Bohrer von 3 mm Dicke ausgeführt. Die Anbohrung ging glatt von statten, wenn auch wegen beträchtlicher Knochendicke nicht sehr rasch. Bei den folgenden Ausspülungen zeigte sich von Anfang an eine große Empfindlichkeit im Oberkiefer beim Einführen des Spülröhrchens. 4 Monate nach der Operation brachte Pat. ein Knochenstück, welches sich kürzlich abgestoßen hatte, nachdem es bereits einige Zeit vorher locker geworden war. Dieses Knochenstück enthielt den ganzen Bohrkanal,

von einer ca. 2 mm dicken Knochenwand umgeben. Verf. glaubt, dass die Nekrosenbildung durch die Überhitzung des Bohrers bei dem etwas langsamen Vordringen im Knochen entstanden ist. Er erinnert sich einer ganzen Reihe von Fällen, in welchen der Bohrkanal längere oder kürzere Zeit hindurch eine unerklärliche Empfindlichkeit zeigte, die sich durch Cocain oder Orthoform nicht beeinflussen ließ und nur ganz allmählich schwand. Zur Vermeidung dieser Überhitzung empfiehlt er, einen Bohrer zu verwenden, der sich nach hinten um ein Geringes verjüngt.

Teichmann (Berlin).

---

20) **V. Hinsberg.** Die klinische Bedeutung der Endotheliome der Gesichtshaut.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 1.)

Gestützt auf das Material der Madelung'schen Klinik giebt H. eine klinische Gegenüberstellung der Carcinome und Endotheliome des Gesichts. Danach kommen die Endotheliome an der Nase doppelt so häufig, an den Augenlidern eben so häufig vor wie die Carcinome; sie fehlen dagegen vollkommen an den sonstigen Theilen des Gesichts. Im Übrigen lassen sich wesentliche Unterschiede weder im äußeren Aussehen der Geschwülste, noch in Schnelligkeit und Art ihres Wachsthums, noch auch in der Bildung von Recidiven und Metastasen finden. Auch Alter und Geschlecht sind bei beiden Arten in gleicher Weise betheiligt. Eine praktische Bedeutung scheint danach die Unterscheidung von Carcinom und Endotheliom des Gesichts nicht zu besitzen.

Honsell (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

21) **M. v. Cačković.** Über Hernien des Gehirns.

(Liečnički viestnik 1898. No. 12.)

Verf. bespricht die Pathologie und Therapie der Cephalocelen. Er glaubt nicht, dass alle dieselbe Ätiologie haben, und neigt der Ansicht zu, dass bei den Hydrencephalocelen die Ursache im Hydrocephalus liege, auf die Encephalocelen sich am ehesten die Neubildungstheorie anwenden ließe.

Im Anhang bringt er die Krankengeschichten von 4 Cephalocelen aus Wickerhauser's Abtheilung. 3 wurden operirt, und zwar 2 Encephaloceles vasofrontales von Wickerhauser selbst, in 1 Fall bei einem 22jährigen Mann erfolgreich; bei einem 13monatlichen Kinde nekrosirte der Knochen-Periostlappen, und es trat Recidiv auf. Operirt wurde so, dass aus der Umgebung ein Knochen-Periostlappen auf die angefrischte Knochenöffnung umgeklappt wurde. Bei dem erfolgreich operirten jungen Manne trat starke Callusbildung auf, welche den kosmetischen Erfolg stark beeinträchtigte. Eine Hydrencephalocele bei einem 5monatlichen Kind wurde durch Unterbindung und Excision des Stiels geheilt. Das Kind lebte $3^1/_4$ Jahr ohne Recidiv und starb an einer schweren Gastroenteritis. Der 4. beschriebene Fall betrifft eine beiderseitige große nasoethmoidale Encephalocele; dieselbe wurde nicht operirt, da die Missbildung beiderseitig war, viel Gehirntheile enthielt und große Öffnungen hatte. Der 15jährige Pat. war körperlich und geistig gut entwickelt.

(Selbstbericht.)

22) **A. Church** (Chicago). Cerebellar tumor.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Februar.)

Die Symptome, welche der 15jährige Knabe bot, waren unsicheres Stehen auf den Füßen, schwankender Gang, von Zeit zu Zeit Konvulsionen, welche alle 4 Extremitäten in gleicher Weise betrafen; ferner Kopfschmerz, bald in der Occipitalgegend, bald in der Stirngegend; die Sehnenreflexe waren stark herabgesetzt. Von Zeit zu Zeit bestand Doppelsehen, leichter Nystagmus; die Ränder der Papille des N. opt. leicht verschwommen.

Obgleich unter Jodkalidarreichung alle Erscheinungen erheblich zurückgingen, wurde eine Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen vorgenommen, welche konstant einen tiefen Schatten an einer Stelle des Hinterhaupts (Illustrationen) ergab.

Nach einigen Monaten starb der Knabe plötzlich, nachdem Kopfschmerz und Konvulsionen eine Verschlimmerung angedeutet hatten. Die Autopsie ergab einen citronengroßen, innen erweichten Tumor der rechten Kleinhirnhemisphäre, der sich mikroskopisch als Gliom erwies.

Bei der Schwierigkeit der Diagnose der Kleinhirntumoren möchte Ref. hier an einen Fall seiner eigenen Erfahrung erinnern, der ein blühendes, junges Mädchen betraf, das außer hartnäckigem Erbrechen und heftigem Kopfschmerz so wenig charakteristische Symptome darbot, dass erfahrene Nervenärzte eine schwere Hysterie diagnosticirten. Erst der Ausgang des Falles (ganz plötzlicher Tod in der Nacht) und die Autopsie ergaben einen ähnlichen Befund, wie in dem Falle des amerikanischen Neurologen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

23) **F. de Quervain.** Beitrag zur Aktinomykose des Schädelinneren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 380.)

Verf., der bereits früher einen Fall von Hirnaktinomykose behandelte und diese Affektion auch mehrfach litterarisch bearbeitete, publicirt eine neue einschlägige Beobachtung. Wir geben die Krankengeschichte mit den eigenen, zusammenfassenden Worten des Autors. Bei einer, abgesehen von einer leichten, intermittirenden Otorrhoe, gesunden 38jährigen Pat. tritt unter Fiebererscheinungen heftiger Schmerz hinter dem rechten Auge, dann rechtsseitige Trigeminusneuralgie und kurz darauf Abducenslähmung auf. Trepanation des Antrum und Entfernung der kariösen Gehörknöchelchen. Postoperative Facialisparese, kurzdauernde Besserung der Neuralgie. Dann Trigeminusneuralgie beiderseits, Oculomotoriusparese links. Kiefersperre, ohne irgend welche nachweisbare Erkrankung des Kieferskeletts. Dann vorübergehende Besserung, bis Schmerzen im linken Ohr auftraten, begleitet von Schiefhaltung des Kopfes im Sinn eines linksseitigen Torticollis. Bald darauf Erscheinen einer derben Schwellung an der linken Halsseite, in der sich der Aktinomyces in Reinkultur nachweisen lässt. Jodkaliumbehandlung. Die mittlerweile auch rechts auftretende Schwellung geht daraufhin beiderseits zurück, mit Zurücklassung von Fisteln. Auftreten von Stauungspapille. Zunehmende Kachexie. Durchfall. Somnolenz. Tod, nach vorübergehender Aufhellung des Bewusstseins. Die Autopsie weist neben alten aktinomykotischen Veränderungen an der Schädelbasis und am Hals eine aktinomykotische Meningitis auf. An den Kiefern keine Anhaltspunkte für eine allgemeine Eingangspforte.

Verf. hält seinen Fall für den 20. zur Kenntnis gelangten von Hirnaktinomykose. Hervorzuheben ist der genau, auch bakteriologisch, aufgenommene Obduktionsbefund. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) **E. Kummer.** Contribution à l'étude des troubles circulatoires de l'encéphale consécutifs à la ligature d'une veine jugulaire interne.

(Revue de chir. 1899. No. 4.)

Bei der Operation eines follikulären Cystoadenoms des Unterkiefers, welches bei der 52jährigen Pat. die Entfernung der rechten Hälfte des Knochens nothwendig machte, hatte K. zunächst die präventive Ligatur der Carotis externa oberhalb des Abgangs der Thyreoidea sup. ausgeführt. Bei der Ausschälung einer mit

dem Bulbus der V. jugul. int. verwachsenen Drüse wurde dieses Gefäß verletzt und sofort doppelt unterbunden, wonach aber sofort starke Blutung im oberen Theil der Wunde eintrat; Stillstand derselben nach Tamponade. Dauer der Operation 3/4 Stunde; Puls während der nächsten 3 Stunden kräftig und regelmäßig, dann allmählich schneller und schwächer werdend. Tod im Koma 5 Stunden p. op.

Die Sektion ergab venöse Hyperämie der Pia und des Plexus choroidei, 2 umschriebene hyperämische Herde in beiden Frontallappen, Blutergüsse in den Ventrikeln, sonst keine Abnormitäten. — K. führt diesen Befund auf die Ligatur der V. jugul. int. zurück, obwohl er sonst nie nach dieser irgend welche ungünstigen Folgezustände gesehen hat. Doch ist aus v. Bruns' Klinik ein ähnlicher Fall, der am 7. Tage nach der Jugularisunterbindung im Stadium herdweiser cerebraler Erweichung in dem Stirnlappen etc. tödlich verlief, durch Rohrbach mitgetheilt worden (s. Ref. in diesem Blatt 1897 p. 609); bei ihm bestand eine Hypoplasie der anderseitigen Jugularis, womit die Erscheinungen venöser Stase nach jener Ligatur erklärt werden konnten. In vorliegendem Falle möchte K. die Kompression der Jugularis durch den p. op. angelegten, sehr festen Verband verantwortlich machen, hält indess auch für wahrscheinlich, dass die Unterbindung der Carotis externa durch Verminderung der Vis a tergo in der Art. meningea media bei dem Entstehen der venösen Stase mitgewirkt habe. Der Tod wurde durch die Blutergüsse in den Hirnventrikeln herbeigeführt. **Kramer** (Glogau).

25) J. O. Green. Abscesses of the cerebellum from infection through the labyrinth.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. April.)

Verf. berichtet über 4 Fälle, in denen sich der Infektionsweg durch das Labyrinth nachweisen ließ. Die auf diesem Weg entstandenen Kleinhirnabscesse pflegen im vorderen Theil des Kleinhirns, die anderen, welche durch die innere Wand des Proc. mast. ihren Weg nehmen, im hinteren Abschnitt zu sitzen. Die letzteren lassen sich operativ erreichen durch Entfernung der inneren Wand des Warzenfortsatzes und Erweiterung dieser Öffnung nach hinten und unten über den Sinus sigmoid. hinaus. Für die ersteren räth Verf. vor dem Sinus sigm. einzugehen und einen Theil der sehr festen Hinterfläche des Os petrosum zu entfernen. Wenn er auch in 2 der von ihm operirten Fälle nicht zum Ziel kam, so überzeugte er sich doch bei der Autopsie, dass die erwähnte Stelle sehr günstig liegt, um zur Öffnung des Aquaeductus vestibuli und zum Meatus internus, den Ausgangspunkten der Infektion, zu gelangen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

26) N. Biagi (Rom). Kraniektomie bei posttraumatischen Psychosen.

(Policlinico 1898. December 15.)

Verf. hat aus der Litteratur 24 Fälle von operativ behandelten Psychosen resp. neuropsychopathischen Zuständen nach Trauma zusammengestellt; davon blieben 15 geheilt oder dauernd gebessert, bei 3 war die Besserung der psychischen Funktionen nur vorübergehend, und nur in 6 Fällen war kein Erfolg zu verzeichnen (wenigstens nicht auf dem Gebiet der Psychose). Diese Kasuistik bereichert Verf. durch Mittheilung eines eigenen Falles (Prof. Durante). Es handelte sich um einen 33jährigen Mann, welcher vor 2 Jahren ein Trauma der linken Kopfhälfte erlitten hatte; dasselbe hatte rechtsseitige Hemiparese, so wie geistige Störungen (Apathie, Gewaltthätigkeiten, Wahnideen) zur Folge. Die Operation (Trepanation, Auslöffelung einer kleinen degenerirten Hirnrindenpartie) brachte keine Besserung in der Hemiparese, dagegen besserte sich der psychische Zustand wesentlich; die Wahnideen und die maniakalischen Anfälle verschwanden, und es blieb nur ein Zustand allgemeiner Geistesschwäche zurück. — Verf. bespricht alsdann die bei den Operationen vorgefundenen anatomischen Läsionen, die eine sehr verschiedene Intensität und Ausdehnung haben können, die physischen Begleiterscheinungen der traumatischen Psychose (Epilepsie, Paresen, Druckschmerzpunkte), so wie die Therapie. In Anbetracht der relativ günstigen Erfolge

der Trepanation empfiehlt er dringend die operative Behandlung, auch wenn schon lange Zeit seit dem Trauma verstrichen ist. **H. Bartsch** (Heidelberg).

27) **Jorus.** Aphasie als Betriebsunfall.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 5.)

Nach einigen Bemerkungen über die Fortschritte der Gehirnphysiologie auf dem Gebiet der Lehre von der Aphasie und kurzem Eingehen auf die 3 hauptsächlichsten Arten derselben, die sensorische, motorische und anamnestische Aphasie führt Verf. die Krankengeschichte eines Falles der letzteren Art an. Es handelt sich um einen 33jährigen Mann, bei welchem nach einem Sturz auf den Kopf aus einer Höhe von 5 m ein partieller Verlust des Wortgedächtnisses zurückblieb. Während des Unterrichts bei einem Lehrer Behufs Wiedererlangung des früheren Wortschatzes zeigt der Pat. nur wenig Entgegenkommen und geringe Fortschritte. **Motz** (Hannover).

28) **E. J. Moure.** Sur un cas d'ostéo-myélite aiguë du temporal consécutive à l'influenza.

(Revue de laryngol. 1899. No. 11.)

Schwere meningitische Erscheinungen bei fehlender Eiterung der Paukenhöhle, aber bei schmerzhafter Auftreibung des Warzenfortsatzes nöthigten schon am 7. Krankheitstage zur Aufmeißelung des Knochens. Es fanden sich nur wenige Tropfen Eiter, dagegen weitreichende Nekrose der Wände der Warzenfortsatzzellen, besonders der Decke, so dass eine breite Kommunikation mit der Schädelhöhle entstand. Die äußere Wand erwies sich noch als gesund. Die Operation beseitigte prompt alle Krankheitserscheinungen und führte in wenigen Wochen zur Heilung. Verf. denkt sich solche Fälle auf dem gewöhnlichen Infektionsweg durch die Eustachi'sche Röhre und Paukenhöhle entstanden, indem er annimmt, dass die Infektionserreger in der Paukenhöhle keinen günstigen Entwicklungsboden finden und daher keine Paukenhöhleneiterung erregen, dagegen in den Zellen des Warzenfortsatzes ihre volle Virulenz erlangen. Er empfiehlt, in diesen Fällen nicht auf Durchbruchserscheinungen an der äußeren Wand des Knochens zu warten, da die innere Wand zuweilen dünner ist und früher nachgiebt.

Teichmann (Berlin).

29) **W. Merkens.** Ein Beitrag zur Kenntnis des otitischen Hirnabscesses.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 157.)

M. beschreibt aus dem Krankenhaus Berlin-Moabit einen zur Operation gelangten Fall von otitischem Hirnabscess im Schläfenlappen bei einem 32jährigen Kutscher. Klinisch verhielt sich die Erkrankung völlig typisch. Da die Operation leider erst spät an dem bereits komatösen Kranken zur Ausführung kam (sie konnte nur bei künstlicher Athmung vollendet werden), konnte sie nicht das Leben retten. Von Interesse ist die bakteriologische Untersuchung des Hirneiters, welche Bacillen ergab, und zwar sehr ähnlich den Typhus- oder Coli commune-Bacillen. Am nächsten schienen sie den Typhusbacillen zu stehen (cf. auch dieses Blatt 1898 p. 105, Bericht über diesen Fall in der Berliner Chirurgenvereinigung).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

30) **Brindel.** Des lésions de la table interne du crâne dans les suppurations de l'oreille moyenne.

(Revue de laryngol. 1899. No. 16 u. 17.)

Unter den 36 Fällen, welche der Arbeit zu Grunde liegen, wiesen 35 eine Nekrose der Tabula interna auf, durch welche die Hirnhäute oder der Sinus lateralis in Berührung mit dem eitrigen Inhalt des Warzenfortsatzes und der Paukenhöhle kamen. Bei 9 von diesen Kranken fand sich eine mehr oder weniger beträchtliche extradurale Eiteransammlung, welche mit dem Eiter der Warzenhöhle durch

einen engen, aber immer leicht auffindbaren Fistelgang kommunicirte. Bei 5 von diesen Kranken erschienen die Meningen trotzdem gesund. In 20 Fällen betraf die Nekrose die hintere innere Wand des Warzenfortsatzes nächst dem Sinus lateralis; die Thrombose desselben war aber verhältnismäßig selten. Am häufigsten saß die Nekrose am Dach der Warzenhöhle (14mal), dann am Dach der Paukenhöhle (4mal), und nur 1mal am Dach des Canalis tympano-mastoideus. Je 2mal erstreckte sich die Nekrose gleichzeitig auf das Antrum- und Paukenhöhlendach, so wie auf das Antrumdach und die hintere innere Wand. Bei 4 Kranken war die Nekrose die Folge eines Cholesteatoms des Warzenfortsatzes.

Teichmann (Berlin).

31) **W. Hasslauer.** Akute Periostitis des Warzenfortsatzes im Gefolge von chronischem, trockenem Mittelohrkatarrh.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. No. 6.)

Bei einem 58jährigen Mann entwickelte sich unter Schmerzen und Fieber an der Basis des Warzenfortsatzes ein großer Abscess, während das Mittelohr, selbst nach Paracentese, keine akuten Entzündungserscheinungen darbot. Nach Entleerung der subperiostalen Eiteransammlung erwies sich der Warzenfortsatz gesund, die Heilung erfolgte schnell und glatt. Die Hörfähigkeit blieb während der ganzen Krankheitsdauer unverändert. Verf. zählt alle anatomischen Möglichkeiten auf, welche für ein Übergehen des entzündlichen Paukenhöhlenprocesses auf die äußere Fläche des Warzenfortsatzes in Betracht kommen können. Nur wird sich so Mancher nicht recht vorstellen können, wie eine chronisch verlaufende Entzündung mit Neigung zur Bindegewebsentartung plötzlich und ohne erkennbare äußere Veranlassung beim Übergreifen auf benachbarte Theile einen akut-eitrigen Charakter annehmen soll, während sie an ihrem Ursprungsort ihre milde Form beibehält. Die Krankengeschichte enthält leider nichts über Untersuchung des Harns auf Zucker. Ein Trauma hält Verf. für ausgeschlossen, »da Pat. gar nicht arbeitete«; es giebt doch noch andere, als Betriebsunfälle! **Teichmann** (Berlin).

32) **E. v. Meyer.** Ein Fall von otitischer Sinusthrombose. Pyämie mit Ausgang in Heilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 197.)

v. M.'s Pat., ein 24jähriger Arbeiter, wurde nach einer 8tägigen bislang für Typhus gehaltenen Erkrankung ins Spital eingeliefert. Da hier deutliche pyämische Fröste eintraten, und anamnestisch eine chronische rechtsseitige Otitis festzustellen war, wird der Sinus freigelegt, wodurch sich einige Kubikcentimeter Eiter entleeren. Der Eingriff besserte das Befinden, doch dauerten die Schüttelfröste weiter an. Es wird desshalb nach 18 Tagen eine 2. Operation vorgenommen, bestehend zunächst in einer Unterbindung der Jugularis int., welche leer war und möglichst weit hinauf gespalten wurde. Daran schloss sich die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes nebst Eröffnung von Mittelohr und Antrum, wobei ein loser, der Dura aufliegender Sequester entfernt wurde. Vereinigung der neuen mit der alten Trepanationsöffnung, wodurch der Sinus 3 cm weit freigelegt wurde. Derselbe war derb und missfarbig, entleerte nach seiner Spaltung einen eitrig zerfallenen Thrombus. Nachbehandlung mit Tamponade. Trotz guten Allgemeinbefindens kehrten die Fröste wieder, deren Pat. im Ganzen 65 durchmachte. Die Wunde blieb 14 Tage lang trocken, begann dann serös-eitrig und nach Wegfall der Schüttelfröste ziemlich profus und stinkend zu secerniren. Schließlich völlige Heilung. Wahrscheinlich unterhielt ein zur Zeit der Operation noch nicht völlig gelöster und demarkirter Jaucheherd das pyämische Fieber. Dass eine Allgemeininfektion ausblieb, ist wohl wesentlich der Jugularisunterbindung zu verdanken gewesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

33) **G. Benassi.** Osteoma del frontale.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 37.)

Osteome des Stirnbeins sind bisher in der Litteratur nicht verzeichnet. Das vom Verf. aus der chirurgischen Klinik in Modena beschriebene ging von der

oberen Augenhöhlenwand aus und entstand 2 Monate nach einem Trauma (Stoß gegen eine Mauer). Es kam nach 4 Jahren, als das Augenlid über dem hervorgedrängten Auge nicht mehr gut zu schließen war und die Geschwulst 13 cm in der Länge, 7 in der Breite maß, zur Operation. $1/2$ Jahr nach dem Eingriff war das operative Resultat sehr gut. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines kompakten Osteoms. **Dreyer** (Köln).

34) K. Bodon. Die chirurgische Behandlung des Exophthalmus pulsans durch einseitige, resp. doppelseitige Unterbindung der Carotis communis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 605.)

B. veröffentlicht 2 von Dollinger (Budapest) mit Glück operirte Fälle von pulsirendem Exophthalmus. In Fall I genügte die Unterbindung der Carotis communis der kranken Seite, $1^1/_2$ Jahr nach Entstehen der Krankheit durch Kopftrauma, zur Heilung. Beseitigung von Kopfschmerzen, Gefäßgeräusch und Exophthalmus. Herstellung der bis auf 5/70 herabgesetzt gewesenen Sehschärfe. In Fall II, 5 Monate nach der Kopfverletzung operirt, führte die Unterbindung der Carotis auf der kranken Seite nur vorübergehende und unvollständige Besserung herbei, wesshalb einen Monat später auch die 2. Carotis unterbunden wurde. Auch jetzt noch keine völlige Genesung, wenn auch bedeutende Besserung. Es blieb noch ein pulsirender Gefäßknoten am Orbitalrand, der laute, durch Resonanz vom Sinus frontalis verstärkte Geräusche und starke Kopfschmerzen verursachte. Nach Excision dieses Knotens, welcher eine bleistiftdicke, 1 cm lange Schlinge der Vena ophthalmica darstellte, wurde Pat. ganz hergestellt. B. giebt eine Statistik der Carotisunterbindungen beim pulsirenden Exophthalmus. Die in Fall II ausgeführte beiderseitige Unterbindung ist die 6. Operation der Art. Die günstige Wirkung der Excision des pulsirenden Varix in demselben Falle wurde in analoger Weise bereits in einem Falle von Woodward beobachtet. Dollinger beabsichtigt daher bei nächster Gelegenheit, die Behandlung mit Unterbindung der Vena ophthalmica zu beginnen. Bei Nutzlosbleiben dieser Operation könnte die Carotisunterbindung immer noch hinterher ausgeführt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

35) C. L. Gibson (New York). Empyema of the frontal sinuses and intracranial infection.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. März.)

Im Falle G.'s bestand eine direkte Kommunikation zwischen dem erkrankten Frontalsinus und dem Schädelinnern durch ein Loch in der Hinterwand der rechten Stirnhöhle (Abbildung). Die Möglichkeit dieses Befundes war schon intra vitam erkannt worden, da bei den nach der Operation vorgenommenen Ausspülungen des Sinus stets Hirnerscheinungen auftraten. Bemerkenswerth ist, dass die Kommunikationsöffnung, welche den rechten Sinus betraf, 1 Zoll im Durchmesser, kreisrund und glatt war, so dass es zweifelhaft blieb, ob es sich um primäre Knochenerkrankung, sekundäre Zerstörung im Anschluss an das Sinusempyem, oder angeborenen Defekt handelte. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

36) R. Seggel. Ein Fall von Kieferklemme, bedingt durch interstitielle Myositis des Masseters.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 485.)

S.'s Pat., in der Münchener Klinik behandelt, 48 Jahre alt, hatte sich in den Jahren 1884—1887 von Dorfbarbieren 6 linksseitige Backenzähne mit dem Schlüssel ziehen lassen, wonach jedes Mal die linke Backe stark angeschwollen war. Im Jahre 1889 erkältete sich Pat. stark bei der Bachauskehr, hatte ein Vierteljahr starke linksseitige Backenschmerzen, die Backe schwoll stark an und der Mund konnte nicht geöffnet werden. Befund: Auftreibung der linken Masseterengegend



durch eine flach-ovale Geschwulst, vom Jochbein nicht abgrenzbar, Masseterfasern über dieselbe verlaufend. Unter Annahme eines Sarkoms des aufsteigenden Kieferastes wird der Kiefer resecirt mit sammt dem von weißen Strängen durchsetzten Masseter. Nach eingetretener Heilung konnte der Kiefer gut geöffnet werden, doch war die Kaufähigkeit trotz Einlage einer Prothese mangelhaft. Die mikroskopische Untersuchung des von sehnig-fibrösem, narbenähnlichem Gewebe durchsetzten Masseters ergab eine interstitielle Myositis mit Ausgang in Narbenbildung und theilweisem Ersatz der zu Grunde gegangenen Muskelelemente durch Bindegewebe. Die Gefäße waren gesund.

Betreffs Ätiologie dieser Myositis führt S. eingehend aus, dass Lues und Myositis ossificans hier auszuschließen ist. Man muss annehmen, dass die wiederholten, roh ausgeführten Zahnextraktionen eine starke reaktive Entzündung der gesammten Backenweichtheile und des Periosts veranlasst hatten. Im Masseter trat keine Rückbildung ein, der Process schritt allmählich vor und trat anlässlich einer Erkältung zu Tage. Die fibröse Muskeldegeneration bewirkte schließlich die Kieferklemme.

Die einschlägige Litteratur bezüglich Kieferklemme und Myositis ist sorgsam herangezogen. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

37) **F. Hofmeister.** Über Exostosen des Unterkiefers.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 3.)

H. berichtet über folgenden Fall aus der v. Bruns'schen Klinik:

Die 27jährige Pat. war vor 13 Jahren mit heftigen Schmerzen und bedeutender Anschwellung der linken Wangen- und Unterkiefergegend erkrankt. Im Verlauf von 5 Wochen nahm die Schwellung noch etwas zu, wurde steinhart und brach schließlich hinter dem Kieferwinkel auf (Entleerung geringer Eitermengen). In der Folge bildeten sich successive eine Reihe von Fisteln, die Eiter absonderten und Knochenstücke in großer Zahl entleerten. — Bei der Aufnahme in die Klinik fand sich eine starke Schwellung im Bereich der linken Gesichtshälfte; dem Kiefer entsprechend fühlte man linkerseits eine 14 cm lange, 20 cm breite Geschwulst, über deren Mitte die Haut ulcerirt und von mehrfachen Knochenzacken durchbohrt war. — Durch subperiostale Resektion wurde die Unterkieferhälfte sammt dem Tumor entfernt. Dieselbe erwies sich vom 2. Prämolarzahn bis gegen das Gelenkende in einer unregelmäßigen, größtentheils elfenbeinharten Knochenwucherung aufgegangen, die an der oberen und unteren Seite von kompaktem Gewebe, an der äußeren von einzelnen tropfsteinartigen Gebilden zusammengesetzt ist und innen eine sequesterhaltige Höhle besitzt. In den umgebenden Weichtheilen fanden sich 70 sandkorn- bis kirschgroße Knochenkörper von theils glatter, theils warziger Oberfläche, die in ihrem Aussehen ähnlichen Auswüchsen auf der Tumoroberfläche entsprachen.

Nach H.'s Auffassung ist die Erkrankung hervorgegangen aus einer akuten Osteomyelitis; durch circumscripte, primäre Nekrose des aufsteigenden Kieferastes wurde der Reiz für die Knochenneubildung geliefert. Nach Ausstoßung des 1. Sequesters aber wurde dieser Reiz durch die inzwischen eingetretene Nekrose von Osteomtheilen unterhalten. Neben diesem ätiologischen Zusammenhang zwischen Entzündung und Geschwulstbildung ist der Fall namentlich rücksichtlich der massenhaften, diskontinuirlichen Osteome der Weichtheile, wie sie in dieser Weise bisher noch nicht beobachtet worden sind, bemerkenswerth.

Honsell (Tübingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 33. Sonnabend, den 19. August. 1899.

1) C. L. Schleich. Neue Methoden der Wundheilung. Ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis.

Berlin, **J. Springer,** 1899. 378 S.

Das Buch zerfällt im Wesentlichen in zwei Abschnitte, einen physiologisch-biologischen und einen praktischen. Im ersten entwickelt Verf. aus der bereits früher von ihm vertretenen streng cellularpathologischen Auffassung heraus seine »Glaubensbekenntnisse« (p. 49) von Infektion und Desinfektion. Auffallend ist dabei die lebhaft agressive Stimmung gegen eine Richtung, welche im Bakterium allein die Ursache der Infektionen suche und andererseits nur darauf ausgehe, außerhalb des Organismus die Mikroben chemisch anzugreifen (Chemismus der Desinfektion); auffällig desshalb, weil doch jedem Chirurgen eine recht große Zahl primitiver Regeln geläufig ist, welche darauf hinzielen, im Individuum selbst jede Prädisposition zur Infektion zu vermeiden. Darin liegt doch der deutlichste Beweis wie allgemein die Auffassung ist, dass gewöhnlich erst in — chemisch oder mechanisch — geschädigten Geweben die mehr oder minder unvermeidliche Einpflanzung von Mikroben zur ernstlichen Infektion führt (Asepsis, Blutstillung, Schnittrichtung, Vermeidung von Hohlräumen).

Wenn Verf. die genügende Berücksichtigung des Individuums in den Diskussionen über Wundbehandlung und Desinfektion vermisst, so dürfte hierfür der Grund wohl darin liegen, dass die Medicin bei ihrer entschiedenen Neigung, wissenschaftlicher zu werden, über Hypothetisches, schwer zu Formulirendes zu diskutiren vermeidet. Vorläufig muss der Widerstand des Individuums gegen Infektion als unbekannte, oder doch rechnerisch schwer bestimmbare Größe betrachtet werden, seine Abschätzung ist in jedem einzelnen Falle dem Chirurgen zu überlassen.

Um so zwingender verlangt die Praxis, dass der Chirurg und die Umgebung des Operationsgebiets aseptisch sei. Und hier ist der experimentell wissenschaftliche Boden, wo exakte bakteriologische Forschung Greifbares, der Diskussion Zugängliches schafft. Die geistreichsten Erklärungsversuche zeigen doch in schönen Worten nur die Lücken, wo das Experiment einzusetzen hat. In diesem Sinne können die Hypothesen sicherlich befruchtend wirken, wie z. B. die Annahme des Verf. vom »Syntoxischen Parasitismus«; es sollen die Toxine, welche in den Vehikeln der Mikroben enthalten sind, die entblößten Gewebe in bestimmter Weise beeinflussen und so den einzelnen Entzündungsformen ihr besonderes Gepräge verleihen (Toxine des Wildbrets, der ranzigen Öle).

S. stellt z. B. die Ansicht auf, dass gewisse Infektionen mit knolligen, knotigen, varikösen Lymphstrangverdickungen (ohne eitrigen Zerfall) — Ausstriche und Aussaat zeigen Staphylo- und Streptokokken — auf die vorbereitende Wirkung gonorrhoischer Toxine zurückzuführen seien. Zu dieser Annahme bot die Beobachtung Anlass, wonach mehrfach Ärzte — Urologen und Gynäkologen — diese Form der Infektion darboten, so wie ausnahmsweise ein junger Mann, der bei einer Puella publica sexuelle Palpationen vorgenommen hatte! Hoffentlich klärt uns die Zukunft über das Vorhandensein der Gonokokkentoxine in den Vaginen der P. p. noch weiter auf.

Aus dem praktischen Theil ist nun sehr Vieles hervorzuheben. S. hat sein durchaus eigenthümliches Sterilisationsverfahren. Bürste und chemische Desinfektion verwirft er völlig. Dafür benutzt er — nach Theorien, welche den Hörern Liebreich's wohl bekannt sein dürften — eine mit ammoniakalisch emulsivem Stearin (Steral-) und Wachs (Ceral Schleich) versetzte Marmorstaubseife. Sie löst Fett und Epidermisschuppen leicht ab und überzieht die Haut mit einem »aseptischen, mikroskopischen Wachshandschuh«, der in Serum und anderen wässrigen Flüssigkeiten unlöslich ist (?) und daher die Mikroben auf der Haut zurückhält. Die Seife muss steril aufbewahrt werden, die Waschung erfolgt unter sterilem, fließendem Wasser. Der enorme Vortheil der Methode würde darin liegen, dass die Sterilisirung der Hände in einem einzigen Akt und beliebig oft des Tags mit geringen Kosten durchführbar wäre. Kontrollimpfungen ergaben S. stets vorzügliche Resultate. Nachprüfungen werden hoffentlich

nicht ausbleiben. Was S. seiner Seife an kosmetischen Vorzügen nachrühmt, kann Ref. nach mehrwöchentlichem Gebrauch bestätigen.

Katgut verwendet S. nicht, weil es Toxine enthält; und er bewahrt — was sehr bemerkenswerth ist — die Nähseide in Nährgelatine auf. Mit größtem Nachdruck betont er die Aseptisirung in der arbeitsfreien Zeit. Die Vorbereitung des Operationsfelds besteht ebenfalls nur in Waschung mit Marmorstaubseife ohne Rasur, außer natürlich an den stark behaarten Stellen. Mit diesen Vorschlägen zur Vereinfachung der Desinfektion richtet sich Verf. wesentlich an den praktischen Arzt, wohl den wenigst geeigneten für die Aufgabe der Nachprüfung! Er ist in solchen Dingen darauf angewiesen, Schulregeln zu befolgen; wie würde es ihm gehen, wenn er bei einer Entbindung sich und die Kreißende mit Marmorstaubseife — wenn auch recht gründlich — reinigte und trotzdem eine Infektion erlebte? Für den Praktikus empfiehlt es sich, für so tiefgreifende Umwälzungen die Bestätigung von Lehrstühlen aus abzuwarten, und ihre Anerkennung vor solchem Forum könnte er nur mit Freude begrüßen.

Weiterhin folgt des Verf. Wundbehandlung mit den von ihm ersonnenen »homogenen« Mitteln, den Gelatine-, Pepton- und Serumpräparaten. Auf die Theorien von ihrer Homogenität, ihren fibrinolytischen Eigenschaften, den »geopferten Nährböden« kann im Einzelnen nicht eingegangen werden. Sie sind an Beispielen, besonders dem Ulcus cruris, entwickelt und zeugen von des Verf. sorgfältiger Beobachtung, seiner tiefen Auffassung der so räthselhaften Heilungsvorgänge, seiner Liebe zu der wunderbaren Kraft der Zellen in ihrem Kampf gegen die Hemmnisse, die so mannigfach störend auf den Wundverlauf wirken. Diese Gedanken sind wohl geeignet, des Lesers Achtung vor der — wohl zuviel — unterschätzten Kraft der Natur von Neuem wachzurufen.

Den Schluss des Buches, das nach den eigenen Worten des Verf. vielen Widerspruch erwecken mag, bilden die Recepte bezw. Anwendungsweisen seiner Mittel, die wiederum dem Praktiker vieles vereinfachen sollen.

Christel (Metz).

---

2) **N. Tanaka.** Über die klinische Diagnose von Endotheliomen und ihre eigenthümliche Metastasenbildung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 209.)

Die Arbeit ist aus der chirurgischen Klinik in Tokio von Scriba hervorgegangen und berichtet über 7 dort behandelte und als Endotheliom diagnosticirte Fälle. Außer den Krankengeschichten wird die histologische Untersuchung der Geschwülste geliefert, welche, mit den Hilfsmitteln der modernen Technik ausgeführt, für die wissenschaftliche Leistungsfähigkeit der japanischen Hochschule das beste Zeugnis ablegt. Betreffs der klinischen Eigenthümlichkeiten und der Metastasenbildung der Endotheliome reproducirt T. die diesbezüglichen Ansichten Scriba's, die Letzterer auf dem Moskauer inter-

nationalen medicinischen Kongress vorgetragen hat. Es genügt, hier auf das diesbezügliche Referat im Jahrg. 1897 dieses Blattes p. 1048 zu verweisen. Betreffs der Einzelheiten der histologischen Untersuchungsbefunde aber ist das Original einzusehen. Nur das sei bemerkt, dass für eine Geschwulst, die pigmentirt war, T. die neue Species »Melanoendothelioma« aufstellt. Auch erwähnt T., dass ein in Tokio sog. angeborenes Nierencarcinom durch die Untersuchung als Endotheliom bestimmt sei und hält es für sehr wahrscheinlich, dass diese Geschwülste wohl alle solche sind. (T. schließt sich in seiner Arbeit den von Volkmann über das Endotheliom aufgestellten Lehren an; dass diese aber noch nicht unbedingte Anerkennung gefunden haben, wird wenig oder gar nicht berücksichtigt.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

3) **B. Donath.** Die Einrichtung der Erzeugung von Röntgenstrahlen und ihr Gebrauch.

Berlin, **Reuther & Reichardt,** 1899. 175 S.

Wer sich heute etwas eingehender mit Röntgenuntersuchung beschäftigt, muss eine Summe von physikalischen Kenntnissen auf dem Gebiet der Elektricität haben, die so ohne Weiteres nicht Jedem zu Gebote stehen, und die er sich aus den verschiedensten Lehrbüchern zusammensuchen muss. Wie schwierig dies mitunter ist, wird Jeder, der in dieser Lage war, zugestehen und wird freudig das vorliegende Werk begrüßen. Verf. hat es verstanden, in äußerst fasslicher Form das ganze Gebiet der Elektricität und der elektrischen Apparate, so weit sie für die Erzeugung der Röntgenstrahlen in Betracht kommen, zu absolviren, wobei er als Physiker den Stoff ganz anders zu beherrschen und zu bearbeiten weiß, als z. B. ein Mediciner, der über Röntgenstrahlen schreiben will und sich für eine physikalische Einleitung erst vorbereiten muss. Das Buch wird also in der Folgezeit gewissermaßen die Einleitung für medicinische Werke über Röntgenuntersuchungen sein. Durchweg ist dies Werk für das Bedürfnis des Praktikers geschrieben, alle nöthigen Apparate — Induktor, Unterbrecher, Stromquelle, Lampen — lernt er kennen, ihre Vorzüge, ihre Fehler und deren Verbesserungen. Eine große Zahl zum Theil schematisch gehaltener Abbildungen erleichtern das Verständnis. Alles in Allem dürfte das Buch warm zu empfehlen sein.

H. Wagner (Breslau).

---

4) **G. Gocht.** Lehrbuch der Röntgenuntersuchungen.

Stuttgart, **F. Enke,** 1898. 232 S.

Mit einer außerordentlichen Sachkenntnis, die auf eine reiche Praxis gegründet ist, giebt G. uns das erste deutsche Lehrbuch der Röntgenuntersuchungen. Wie das Buch direkt aus der Praxis geschrieben ist, so ist es auch besonders für den Praktiker bestimmt; letzteres betont G. direkt in der Einleitung, und sein Plan ist ihm in allen Einzelheiten gelungen.

Das Buch zerfällt in 2 Theile: 1) in einen rein theoretischen, 2) in den praktischen Theil. Im 1. Theil giebt er nach einer kurzen historischen Einleitung zunächst eine eingehende Beschreibung des Induktionsapparats nebst einer theoretischen Auseinandersetzung des Wesens und der Entstehung der Induktionsströme. Dann wendet er sich den Elektricitätsquellen — Akkumulatoren, Anschluss an eine elektrische Centrale, Elemente etc. — zu und bespricht in Verbindung mit diesen die Rheostaten. Eine eingehende Würdigung lässt er im weiteren den Röntgenröhren zu Theil werden und beschreibt die Röhre in ihren Einzelheiten, stellt gewisse Bedingungen, die eine gute Röhre erfüllen muss, auf; der Gebrauch der Röhre, die Hilfsmittel, um eine allmählich abgenutzte Röhre wieder dienstfähig zu machen, finden genaue Berücksichtigung.

Nach der Beschreibung des Instrumentariums wendet G. sich in einem allgemeinen Theil zu der Anleitung der Röntgenaufnahmen. Auch hier verräth er auf Schritt und Tritt den gewiegten Praktiker. Die Auf- und Einstellung der Röhren, die Expositionszeiten, die Abkürzung der letzteren durch Verstärkungsschirme, besonders präparirte Platten oder Films werden einer genaueren Beschreibung unterzogen. Werthvolle Winke giebt er für die Einrichtung des Röntgenzimmers und die Anschaffung der Apparate; auch die nöthigen photographischen Notizen zur Entwicklung der Platten finden eingehende Berücksichtigung.

Im 2. Theil geht nun G. zur praktischen Verwendung der Röntgenstrahlen über und hier ist kaum ein Zweig der Medicin vorhanden, der nicht seine specielle Beachtung fände. Anatomie, Physiologie, Pathologie, Innere Medicin, Chirurgie sind jede einzeln mit großem Fleiß bedacht. Für die röntgographische Darstellung jeder einschlägigen Erkrankung ist eine Besprechung vorhanden.

Auch die therapeutische Verwendung der X-Strahlen ist genau erwähnt, wie eben so die schädigenden Einflüsse der Bestrahlung eine eingehende Würdigung finden.

Ein ausführliches, reiches Litteraturverzeichnis schließt dieses werthvolle empfehlenswerthe Werk. **H. Wagner** (Breslau).

---

5) **B. Schürmayer.** Der seitherige Stand und die Fortschritte der Technik der Röntgenphotographie.

(Internationale med.-photograph. Monatsschrift 1898. Hft. 8—12.)

Im Umfang von 36 Druckseiten hat S. einen für die Kürze der Abhandlung ausführlichen Bericht des heutigen Standes der Röntgenphotographie gegeben. Verf. stellt die auf dem Gebiet gemachten Erfahrungen zusammen und giebt so einen hübschen Überblick über das Wesen, die Wirkung und die Anwendung der X-Strahlen.

H. Wagner (Breslau).

---

6) **A. Sechehaye.** Étude sur la localisation des corps étrangers au moyen des rayons Roentgen contenant l'exposé d'une methode nouvelle.

(Mém. couronné par la faculté de médecine de l'université de Genève 1899. p. 80.)

S. giebt eine äußerst genaue Darstellung der bisher bekannten und geübten Methoden der Aufsuchung von Fremdkörpern mittels Röntgenstrahlen; er hat 32 Methoden verschiedener Autoren zusammengestellt, die mehr oder weniger einander ähnlich sind. Alle die bisher geübten sind theils nicht ganz zureichend — wie alle die auf der Durchleuchtung beruhenden Methoden —, theils komplicirt, theils geben sie nicht ganz genaue Resultate. Verf. giebt nun eine neue Methode an, die ja auch nicht ganz einfach ist, scheinbar aber sehr genaue Resultate ergiebt. Er macht auf eine Platte zwei Aufnahmen, indem er die Lampe nach der ersten Bestrahlung horizontal verschiebt, aus der Entfernung der beiden Lampenstellungen, der beiden Fremdkörperbilder und der Höhe der Lampe über der Platte berechnet er trigonometrisch die Lage des Fremdkörpers. Liegt der zu photographirende Körpertheil nicht glatt auf der Platte auf, so komplicirt sich das Verfahren. S. hat an einer Reihe von Experimenten seine Methode versucht und bei diesen, wie bei der später vorgenommenen Anwendung beim Menschen befriedigende Resultate erzielt. Die Einzelheiten des Verfahrens sind im Original nachzulesen.

H. Wagner (Breslau).

7) **A. S. Barsky.** Das Xeroform und seine praktische Anwendung.

(Wratsch 1899. No. 13. [Russisch.])

B. wandte das Xeroform 383mal äußerlich und 34mal innerlich (bei Gastroenteritis, Urticaria) mit solchem Erfolg an, dass er das Jodoform ganz verlassen hat. Die Vorzüge des Xeroforms sind: es ist ein zwar nicht starkes, doch gutes Antisepticum; standhaft gegen Licht, Luft und Hitze, also sterilisirbar; desodorirt gut; trocknet die Wunde; regt Granulation an — kürzt also die Heilungsdauer ab; ist nicht giftig, nicht reizend und endlich billiger als Jodoform. — Innerlich ist es besonders bei Kindern zu empfehlen, in Pulvern zu 0,2—0,5, 3mal pro die. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

8) **J. Bloch.** Aufgaben und Ziele einer Geschichte der Hautkrankheiten im Alterthum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 12.)

Mit Recht betont der Verf. die Schwierigkeit historisch-medicinischer Forschungen gerade auf dermatologischem Gebiet. Er bespricht die Fehlerquellen und zeichnet die Grundlinien für eine fruchtbarere Methodik bei solchen Untersuchungen. Über die Wichtigkeit derselben kann ein Zweifel nicht vorhanden sein. Hoffen wir,

dass es dem Verf. gelingen wird, alle entgegenstehenden Schwierigkeiten zu bezwingen und unsere sehr ungenauen Kenntnisse über die Hautkrankheiten im Alterthum auf eine sicherere Grundlage zu stellen.

Jadassohn (Bern).

9) **L. Merk.** Grundzüge einer allgemeinen Ätiologie der Hautkrankheiten.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 9.)

Es ist unmöglich, die außerordentlich zahlreichen Erörterungen, welche dieser Aufsatz enthält, und welche vielfach kritischer, hypothetischer und anregender Natur sind, in einem kurzen Referat zusammenzufassen, zumal eine Besprechung, wie bei einem solchen Thema natürlich, vielfach wieder antikritisch sein müsste. Es ist gewiss gut, wenn auf diese Weise wieder einmal gezeigt wird, wie viel nur scheinbar (durch Hypothesen) ausgefüllte Lücken unser ätiologisches Wissen hat, und wie viele dieser Lücken auf Mangel an physiologischen Kenntnissen zurückzuführen sind.

Jadassohn (Bern).

10) **J. M. H. MacLeod.** Beitrag zur Kenntnis des Baues der normalen Hornzellen, mit besonderer Berücksichtigung der Ernst'schen »Keratingranula«.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 1.)

Ernst hatte mit der Gram'schen Methode in Hornzellen Granula gefunden, Kromayer behauptet, dass diese Farbstoffniederschläge sind; der Verf., der sich eingehend mit diesen Gebilden beschäftigt hat — die Methoden müssen im Original eingesehen werden — kommt zu dem Resultat: dass die sog. Ernst'schen Granula nicht innerhalb der Hornzellen liegen, und dass, anstatt der Anwesenheit von Keratingranula innerhalb der Zellen Keratinstacheln auf der Oberfläche der Hornzellen vorhanden sind.

Jadassohn (Bern).

11) **Kuznitzky.** Zellkerne mit homogener Substanz.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 1.)

Der Verf. beschreibt eingehend bestimmte Zellformen in der Epidermis, die man bisher meist für durch Protoplasmaretraktion oder Kernschrumpfung bedingte Kunstprodukte hielt, und kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu der schon früher von ihm ausgesprochenen Anschauung, dass es sich hier nicht um Hohlräume, sondern um eine homogene Substanz handelt, welche sich mit Pikrinsäure-Methylenblau färben lässt. Solche »Zellkerne mit homogener Substanz« kommen speciell in jugendlicher Haut auch normalerweise vor; sie werden bei allen Reizzuständen reichlicher und scheinen, da sie sich tinktoriell ähnlich wie Serum verhalten,

»als das Resultat eines endosmotischen Vorgangs der Zelle aufzufassen zu sein«.

Jadassohn (Bern).

---

12) **Kuznitzky.** Über Befunde im Sklerosensekret.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Der Verf. hat im Sekret von glatten oberflächlichen Sklerosen die bei der Behandlung mit Pikrinsäure und Methylenblau in vielen rothen und in weniger zahlreichen weißen Blutkörperchen, aber auch frei liegend eigenthümliche, dunkelblau gefärbte runde Gebilde, die $1^1/_2$—$5^1/_2$ μ messen und einen oder auch mehrere helle Flecke enthalten, außerdem auch noch an Halbmonde der Malariaplasmodien erinnernde Gebilde gefunden. Es ist richtig, dass der Verf. sich über die Deutung dieser Befunde ganz reservirt ausdrückt.

Jadassohn (Bern).

---

13) **J. Fryding.** Studien über Depigmentirungen.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 9.)

Eine gute Methode zur Zerstörung des Pigments ohne Schädigung der Haut ist ein in der Praxis oft recht dringendes Bedürfnis. F. hat eine große Anzahl bleichender Stoffe an Haaren untersucht und gefunden, dass folgende (in der angegebenen Reihenfolge) am besten wirken: Natriumsuperoxyd (0,01—0,04%); Calc. chlorat. (1—5%); Liqu. natr. hypochlor. (unverdünnt und mit 2 Theilen Wasser verdünnt); Sol. calc. bisulfuric. (in denselben Verhältnissen); ferner Wasserstoffsuperoxyd und Bariumsuperoxyd in längerer Zeit.

Durch Injektion von Liqu. natr. hypochlor. in die lebende Kaninchenhaut hat er diese und ihre Haare fast vollständig depigmentiren können. Weitere Untersuchungen stehen noch aus.

Jadassohn (Bern).

---

14) **H. Apolant.** Die Antipyrinexantheme.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 3.)

In einer sehr eingehenden Arbeit hat Verf., der selbst an einer Antipyrinidiosynkrasie leidet, die klinisch und theoretisch besonders interessante Frage der Antipyrinexantheme auf Grund des außerordentlich reichlichen, in der Litteratur niedergelegten Materials behandelt. Er hat die Fälle, welche ja bekanntlich außerordentlich verschieden verlaufen, von allgemein klinischen Gesichtspunkten aus in 2 große Gruppen eingetheilt, welche er als lokalisirte und als universell disseminirte Exantheme bezeichnet. Besonders interessant ist die erste Gruppe, welche dadurch charakterisirt ist, dass die Einzelefflorescenz — es können deren auch sehr viele vorhanden sein — »stets den Charakter der Individualität bewahrt oder den Ausdruck einer scharf begrenzten lokalen Idiosynkrasie bildet«. »Verschiedene Thatsachen sprechen dafür, dass die Bedingungen für das Zustandekommen des lokalisirten Antipyrinexanthems in peripher gelegenen anatomischen oder physiologischen Differenzen beruhen, die keiner

centralen Beeinflussung unterliegen, ein Punkt, der das völlig unsymmetrische Auftreten und die ans Wunderbare grenzende Neigung zu lokalen Recidiven einigermaßen verständlich macht.« Hierher gehören die erythematös-pigmentirten Efflorescenzen, seltener in einem, meist in mehreren Exemplaren, die blasenbildenden Eruptionen besonders im Mund und an den Genitalien. Die Idiosynkrasie, mit welchem Wort wir bisher die uns unbekannten Gründe für diese eigenartigen Reaktionen bezeichnen müssen, kann, wie das in der Litteratur niedergelegte Material beweist, stets die gleiche bleiben, oder, wie es beim Antipyrin meist der Fall, zunehmen (und zwar in Bezug auf die Ex- und Intensität der Erscheinungen, die Größe der Dose und die Länge der Inkubationszeit), abnehmen oder schwanken.

Über den »Angriffspunkt des Medikaments« hat A. bei sich selbst Erfahrungen sammeln können. An den Stellen, an denen bei innerer Darreichung von Antipyrin Entzündungsherde auftraten, konnte er auch durch Einreibung von Antipyrinsalbe analoge Erscheinungen hervorrufen. Damit scheint also bewiesen zu sein, dass diese Stellen der Haut (vermuthlich die Nervenendigungen der kleinsten Gefäße) eine specielle Empfindlichkeit gegenüber dem Antipyrin haben. In einzelnen Fällen scheint diese lokalisirte Intoleranz durch vorherige Reizungen bedingt zu sein; in anderen ist sie gänzlich unerklärlich. Verf. kommt also bezüglich des Antipyrins zu derselben Anschauung, die der Ref. für das Quecksilber ausgesprochen hat, dass auch das intern gegebene Medikament durch unmittelbare Wirkung auf die Haut das Exanthem auslöst.

Die disseminirten Antipyrinexantheme theilt Verf. ein in die morbillösen Formen, deren Haupttypus, das eigentlich masernartige makulöse Exanthem, ohne scharfe Grenze übergeht in das skarlatinöse, das bullöse, das hämorrhagische Exanthem, in das Erythema nodosum, in die Urticaria und in das »kongestive Ödem«, das sich in kurzer Zeit (meist wenige Minuten nach der Einnahme des Mittels) entwickelt, fast ausnahmslos symmetrisch auftritt und besonders Augenlider, Lippen und Gesichtshaut betrifft.

Die Abgrenzung der einzelnen Formen ist naturgemäß keine scharfe; über die Pathogenese, speciell der disseminirten, lässt sich noch nichts aussagen. **Jadassohn** (Bern).

---

15) **K. Kreibich.** Über »Urticaria chronica«.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 2.)

Unter dem Sammelnamen »chronische Urticaria« fasst Verf. in Übereinstimmung mit seinem Chef Kaposi recht verschiedene Krankheitszustände zusammen: 1) Durch immer und immer wieder einsetzende Recidive akuter Schübe sich über lange Zeit hin erstreckende Erkrankungen, deren Eigenschaften sonst aber die gleichen sind wie bei der gewöhnlichen akuten Urticaria (ein Fall von $1^1/_2$-, einer von 35jähriger Dauer). 2) Analog verlaufende Fälle, in denen aber die

meist kleinen Quaddeln zerkratzt werden und mit Pigmentirung abheilen. 3) Solche Fälle, in denen die einzelne Urticariaquaddel einen besonders chronischen Verlauf nimmt; von dieser Form unterscheidet Verf. noch 2 Typen: a. die »Urticaria perstans papulosa« (eine Beobachtung: »liniengroße, ziemlich stark erhabene, blassrothe, äußerst derb sich anfühlende Knötchen mit halbkugliger, glänzender Oberfläche« — vielfach zerkratzt, mit Pigmentirung abheilend; Bestand seit 11 Jahren; durch Arsen wiederholt vorübergehende Heilung) und b. die »Urticaria perstans verrucosa« (2 Fälle seit 4, resp. 12 Jahren bestehend; die derben Efflorescenzen zum Theil an der Oberfläche warzenartig verändert — auf Grund der chronischen, auch histologisch nachgewiesenen Entzündung). Die Differentialdiagnose dieser Affektion gegenüber Lichen ruber, Prurigo, Mykosis fungoides wird besprochen. (Der Ref. muss gestehen, dass ihm die Zugehörigkeit solcher Fälle zur Urticaria nicht bewiesen erscheint — eine Diskussion dieser Frage würde aber hier viel zu weit führen.) 3) Die eigenartige als solche bezeichnete Urticaria pigmentosa wird in der Publikation K.'s durch 2 Fälle vertreten, die klinisch und histologisch charakteristisch waren (Mastzellenreichthum) — nur dass die zweite Pat. mit ihren 42 Jahren und ihren (allerdings nicht zweifellosen) Angaben, dass die Erkrankung erst seit 8—10 Jahren bestand, eine Ausnahme von dem gewöhnlich Beobachteten darstellt. Diese letzte Erkrankung ist von der eigentlichen Urticaria zweifellos zu sondern — ihre Pathogenese ist noch ganz unklar. **Jadassohn** (Bern).

---

16) **M. Hodara.** Beitrag zur Histologie des Eczema cruris und der varikösen ekzematiformen Dermatitis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 10.)

In dieser wesentlich histologischen Arbeit wird der Versuch gemacht, das eigentliche Ekzem des Unterschenkels von einer »Dermatitis varicosa« histologisch zu differenziren — bei dem letzteren Process ist das Ödem wesentlich intracellulär, die spongiösen Veränderungen der Zellen, die intercellulären Bläschen, die Akanthose fehlen — das Umgekehrte gilt für das Ekzem. — Die Zukunft wird lehren müssen, ob diese histologischen Differenzirungen sich aufrecht erhalten lassen. **Jadassohn** (Bern).

---

17) **J. Neuberger.** Über die Heilung von chronischen Ekzemen des Säuglings- und Kindesalters durch Arsenik.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 2.)

Während die Arsenbehandlung der Ekzeme Erwachsener im Allgemeinen immer mehr in den Hintergrund getreten ist, hat N. sehr günstige Erfahrungen mit der internen Arsenmedikation bei allen möglichen verschiedenen chronischen Ekzemformen der Kinder auch dann gemacht, wenn er die lokale Therapie ganz wegließ.

Er gab bei Kindern von 2 und mehr Jahren von Sol. Fowleri und Aqua āā 1—2 Wochen täglich 1, weiterhin 2—3 und ganz allmählich bis 6—7 Tropfen. Nach erfolgter Heilung wurde die Dosis allmählich reducirt. Bei Säuglingen und Kindern unter 2 Jahren gab er zuerst 1, allmählich bis 5 Tropfen von Sol. Fowleri 1,5, Aqua 3,5. Unangenehme Nebenwirkungen traten fast nie auf. Die Behandlung dauert sehr lange; erst in der 3.—5. Woche beginnt die dann schneller fortschreitende Besserung. Manchmal kamen Exacerbationen und Recidive vor, durch die man sich aber nicht in der konsequenten Fortführung der Behandlung stören lassen darf.

Jadassohn (Bern).

---

18) **L. Török.** Die Seborrhoea corporis (Duhring) und ihr Verhältnis zur Psoriasis vulgaris und zum Ekzem.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 1.)

Die für den Dermatologen von Fach sehr interessante Arbeit T.'s kann hier nur in aller Kürze besprochen werden. Sie beschäftigt sich mit einer sehr verschieden gedeuteten und dem entsprechend auch sehr verschieden benannten, an sich meist sehr unscheinbaren Erkrankung, deren Lieblingssitz die Sternal- und die Interscapulargegend ist, und die aus zuerst punktförmigen, langsam peripher wachsenden, central abheilenden und so kleine Kreise, Halbkreise etc. bildenden, leicht schuppenden, nicht oder wenig juckenden hellrothen Efflorescenzen besteht. Die Schuppen lassen sich unter punktförmiger Blutung abkratzen. Klinisch und histologisch weist diese Affektion nach T. große Analogien mit der Psoriasis vulgaris auf. Die Identität beider Affektionen versucht Verf. durch eine Anzahl von Fällen zu beweisen, in welchen beide Typen und Übergangsbilder beider vorhanden waren. Nach Diskussion der verschiedenen gegen diese Auffassung möglichen Einwände kommt er zu dem Schluss, dass »die Seborrhoea corporis Duhring nichts Anderes ist, als eine atypisch lokalisirte Psoriasis vulgaris von geringer Intensität«.

In einem zweiten Theil seiner Arbeit beschäftigt sich T. wesentlich mit dem Ekzema seborrhoicum Unna's und polemisirt gegen die klinischen, ätiologischen und anatomischen Behauptungen Unna's, der bekanntlich das Ekzema seborrhoicum und damit auch die Seborrhoea corporis Duhring für eine durch den »Morococcus« bedingte Dermatomykose hält und eine scharfe Abgrenzung der Psoriasis von dieser Erkrankung für unmöglich hält. Es würde zu weit führen, im Rahmen dieses Referats diese Polemik wiederzugeben. Das Resultat T.'s ist, dass alle Formen der Psoriasis, auch die atypischsten, eine untrennbare Gruppe bilden, und dass sich »ein engerer Zusammenhang welcher Form der Psoriasis vulgaris immer mit dem Ekzem auf Grund der klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtung nicht aufdecken lässt«.

Jadassohn (Bern).

---

19) J. Schütz. Über Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 3.)

Bisher hat man fast allgemein angenommen, dass die Psoriasis vulgaris die Schleimhäute, speciell die Mundhöhle verschont; die manchmal als Psoriasis bezeichnete Leukoplakia mucosae oris wird — so zweifelhaft auch ihre Natur ist — mit der Psoriasis nicht in Zusammenhang gebracht. Dem tritt nun Verf. auf Grund von 3 Beobachtungen entgegen; bei 3 Pat. (einem Kind und 2 Damen) war neben typischer Psoriasis eine Leukoplakie der Mundschleimhaut vorhanden, die sich von der gewöhnlichen Leukoplakie nicht unterscheiden ließ. Auch in der Litteratur sind einzelne solche Fälle erwähnt, aber meist als zufällige Kombination gedeutet. Auf Grund der Annahme, dass Psoriasis und Leukoplakie seltene Erkrankungen seien. und auf Grund theoretischer Erwägungen kommt Verf. zu der — gewiss noch sehr diskutabeln — Anschauung, dass für die Leukoplakie und die Psoriasis in solchen Fällen »ursächliche und gemeinsame Bedingungen im Körper vorhanden sind«.

In dieser Anschauung wurde S. dadurch bestärkt, dass er auch bei eigenartigen sehr hartnäckigen Ekzemen der Ellbogen-Streckseiten Leukoplakie beobachtet hat.

Jadassohn (Bern).

---

20) M. Wolters. Mycosis fungoides.

(Bibliotheca medica Abtheilung D II. Hft. 7. Stuttgart, **E. Nägele**, 1899.)

Die Arbeit W.'s ist eine monographische Darstellung der jetzt wohl allgemein als Mycosis fungoides bezeichneten praktisch und theoretisch außerordentlich wichtigen Erkrankung. Verf. stützt sich bei seiner Bearbeitung auf das außerordentlich große litterarische Material und auf 8 in der Bonner Klinik beobachtete (zum Theil schon publicirte) Fälle, so wie auf zahlreiche histologische Untersuchungen. Der Arbeit sind 16 ausgezeichnet ausgeführte Tafeln beigegeben, von denen 10 Krankenphotographien, die übrigen histologische Abbildungen bringen. Gerade diese reichliche und mustergültige Illustrirung giebt der Abhandlung einen ganz besonders großen Werth auch für alle Diejenigen, welche nicht oder sehr wenig Gelegenheit gehabt haben, solche Fälle zu beobachten.

Die Arbeit beginnt mit einer historischen Übersicht und einem Kapitel: »Eintheilung und Begriffsbestimmung«, in welchem in sehr vorsichtiger Weise die Neigung, uncharakteristische Anfangszustände schon mit Sicherheit zu diagnosticiren, bekämpft wird. Es folgen dann die 8 Krankengeschichten. Von diesen Fällen sind 4 gestorben (leider nur 1 zur Sektion gekommen), von 3 hat man nichts mehr gehört, 1 ist seit $2^1/_4$ Jahr geheilt. (Ref. möchte bezüglich der Diagnose des unter II. berichteten Falles Doutrelepont's die Frage nicht unterdrücken, ob hier nicht von vorn herein ein Lichen ruber planus mit Knotenbildung vorgelegen haben kann, da im Laufe der

Beobachtung ein »typischer Lichen ruber planus« auftrat und Beschreibung und Abbildung mir mit der Diagnose Lichen ruber verrucosus vereinbar erscheinen.)

Es folgt dann die kritische Darstellung der Hautsymptome mit ihrer außerordentlichen Mannigfaltigkeit, welche W. wesentlich in die prämykotischen und in die eigentlich mykotischen Symptome eintheilt. Die ersteren können sehr verschiedener Art sein. Von den Allgemeinsymptomen werden besonders hervorgehoben: Drüsenschwellungen (nicht bloß sekundärer Natur), Leukocytose auch vor schwerer Schädigung des Allgemeinbefindens —, auch eine »Anämie ohne leukocytären Befund kann offenbar Vorläufer und Begleiter der Mycosis fungoides sein«, seltener Leberschwellung; der Durchfall vor dem Exitus letalis, der fast immer auftritt, scheint mehr septhämischer Natur zu sein; Magenstörungen und Fieber speciell beim Zerfall der Tumoren — und einige seltenere komplikatorische Erscheinungen werden erwähnt. Der Verlauf ist meist ein »konstant progressiver«. Das prämykotische Stadium dauert gewöhnlich 2—3 (in einem Falle 30) Jahre, der Gesammtverlauf im Durchschnitt 4 bis 5 Jahre.

Die Ätiologie ist noch gänzlich unbekannt; Heredität spielt keine Rolle, Männer werden häufiger befallen als Frauen (ca. wie 2 : 1). Die bakteriologischen Untersuchungen auch des Verf. sind ohne brauchbare Resultate geblieben. Auch die Sektionen haben Anhaltspunkte nicht ergeben. Sehr eingehend wird die Histologie der Mycosis fungoides in ihren verschiedenen Stadien (auch in dem der Abheilung) geschildert. Das Resumé ist: »Histologisch fehlt jedes specifische Merkmal« — es handelt sich um einen »Infiltrationsprocess, der, mit Ödem und Dilatation der Lymphgefäße beginnend, zwischen den Bindegewebsfibrillen statthat, nach und nach zunimmt unter Alteration und Degeneration der Gefäße, unter leichter Wucherung des Bindegewebes, das dann unter Umständen bis zum Tumor sich entwickelt, rückläufig wird und die Haut in fast gleichem Zustand hinterlässt, als vor der Erkrankung, oder aber unter dem Einfluss von Mikroorganismen Zerfall, Vereiterung, Nekrose und Narbenbildung hervorruft« — derselbe Process findet sich in der Schleimhaut, den Drüsen, den inneren Organen.

In dem Abschnitt »Pathogenese und Natur der Erkrankung« bekämpft W. die Anschauung, dass die Mycosis eine »Lymphadénie cutanée«, oder ein Sarkom, oder eine Granulationsgeschwulst sei; er glaubt, dass sie eine »Allgemeinerkrankung eventuell entzündlich-infektiöser Natur sei, die in den letzten und schwersten Erscheinungen der Leukämie sich nähert«. Er meint, dass vielleicht dasselbe Virus klassische Mycosis fungoides, Mycosis fungoides d'emblée, Lymphodermia perniciosa, aber auch Pseudoleukämie und Leukämie erzeugen könne, wie auch der Tuberkelbacillus oder das syphilitische Virus verschiedene selbständige Krankheitsbilder erzeugen könne. (In eine

Diskussion dieser ja leider noch ganz hypothetischen Besprechung möchte Ref. hier nicht eintreten.)

Die Prognose ist sehr ungünstig — trotz einiger Heilungen. Therapeutisch kommt in erster Linie Arsen in Frage, das zweifellos Besserungen, vielleicht auch Heilungen erzielen kann; Recidive sind freilich häufig. Örtlich scheint Pyrogallol am günstigsten zu wirken.

Die Monographie ist nicht bloß für Dermatologen, sondern auch für Interne, Chirurgen und pathologische Anatomen von sehr großem Interesse. **Jadassohn** (Bern).

---

21) **M. Joseph.** Über Hautsarkomatose.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 2.)

Unter der Bezeichnung sarkoide Geschwülste hat Kaposi bekanntlich außer der Sarcomatosis cutis die Mycosis fungoides, die Leukämie und Pseudoleukämie zusammengefasst. J. aber möchte diesen Ausdruck reserviren für solche Fälle, bei welchen »wohl ein großer Theil der klinischen, nicht aber der histologischen Symptome zum Bild der Sarkome passt«; und möchte die oben erwähnten Krankheiten von dieser Gruppe absondern. Er selbst beschreibt einen Fall, welcher klinisch als multiple Sarkome der Haut diagnosticirt werden müsste. Die außerordentlich zahlreichen Geschwülste waren zuerst stecknadelkopf- bis hirsekorngroß und lagen deutlich in der Subcutis. Sie wuchsen bis etwa zu Haselnussgröße, wölbten dann die Haut vor und verwuchsen mit der Epidermis. Ihre zuerst normale Färbung wurde weiterhin intensiv roth. Die Geschwülste waren hart und spontan so wie auf Druck nicht schmerzhaft. Bei der Sektion des seinen Leiden in kurzer Zeit erlegenen, von vorn herein schwächlichen Pat. zeigte sich, dass der Magen »eine einzige 7—12 mm dicke, weiße Schwarte ohne Knoten oder circumscripte Tumoren bildete«. Einzelne Knoten fanden sich im Netz, in der Speiseröhre und im Darm. Bei der histologischen Untersuchung ergab sich, dass nirgends abgesetzte Tumoren vorhanden waren, sondern dass es sich um eine Infiltration der Cutisspalten mit eigenartigen Zellen handelte, die sich besonders in der Umgebung der Gefäße, der Nerven und Follikel anhäuften. Die Zellen bildeten zum Theil sehr dichte Stränge, hatten einen großen, bläschenförmigen Kern, ohne deutliches Chromatingerüst, und einen schwachen Protoplasmasaum, der in den älteren Tumoren größer geworden war und eine metachromatische Färbung mit Thionin und Methylenblau annahm. Diese Degeneration hält J. für eine schleimige. Das Cutisgewebe war an vielen Stellen hyalin, die elastischen Fasern gut erhalten. Im Magen zeigten sich die gleichen Veränderungen. Ob der primäre Krankheitsherd in der Haut oder in den inneren Organen gelegen war, ließ sich nicht mit Sicherheit bestimmen. Für eine sekundäre Erkrankung der Haut sprach die Thatsache, dass in einer Hautarterie eine Embolie von Geschwulstzellen zu finden war. Wie weit sich das histologische Bild dieser

Erkrankung von dem gewöhnlichen Sarkom entfernt, geht aus der Beschreibung des Verf. zur Genüge hervor. **Jadassohn** (Bern).

22) **F. de Quervain.** Zur Resektion des Halsabschnitts der Speiseröhre wegen Carcinom.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 4.)

de Q. beschreibt die ausführliche Kranken- und Operationsgeschichte eines Pat., dem er ein beträchtliches Stück der Speiseröhre nach voraufgegangener Gastrostomie resecirte. Da die carcinomatöse Infiltration des Ösophagus eine sehr ausgedehnte war, musste man denselben weit hervorziehen und, da eine Ligatur des unteren Fragments unmöglich war, das letztere seinem Schicksal überlassen. Es trat bald ein Verschluss desselben ein, so dass es für Sonden undurchgängig wurde. Wie aus dem Nachtrag ersichtlich, hat der Kranke nach kurzer Zeit ein Recidiv der Luftröhre bekommen.

Die noch geringe Litteratur über einschlägige Fälle ist genau zusammengestellt, und im Anschluss an diese Zusammenstellung sind die wichtigsten Fragen über Indikationsstellung, Operationsgrenzen und Methoden des Eingriffs zusammengestellt. Verf. wünscht, dass vor Allem viel früher wie bisher das Carcinom der Speiseröhre der chirurgischen Behandlung überantwortet wird, nicht erst wenn absolute Stenoseerscheinungen aufgetreten sind. Wichtig ist es natürlich, die obere und untere Grenze der Krebsgeschwulst zu bestimmen, da hiervon die Möglichkeit der Operation abhängt. Röntgendurchleuchtung und Sondirung sind hier zum Ziel führende Hilfsmittel. Die Prognose der bisher resecirten Fälle ist keine glänzende gewesen. Verf. bespricht besonders ausführlich noch die Wahl der Methoden, eventuell nothwendiger Voroperationen. Die Tracheotomie verwirft er außer dort, wo sie bei Mitentfernung von Luftröhrentheilen durchaus nothwendig ist. Eventuell muss sie auf das Ende der Operation verschoben werden. Auch die Ösophagotomie unterhalb des Hindernisses als präliminare Operation ist nach de Q.'s Anschauung zu vermeiden, dagegen hat die Anlegung einer Magenfistel als erforderlich zu gelten, um vor der Resektion des Krebses der Speiseröhre die meist in Unterernährung befindlichen Kranken zu kräftigen und auch um in der nächsten Zeit nach dem Eingriff durch dieselbe die Ernährung vorzunehmen. Nach Resektion der erkrankten Partie ist, wenn möglich, eine Vereinigung der durchtrennten Fragmente vorzunehmen. Gelingt diese nicht, so näht man das untere in die Haut, und wo auch dies misslingt, weil die Speiseröhre wie in de Q.'s Fall bis an den Aortenbogen entfernt wurde, muss man die untere Partie völlig ihrem Schicksal überlassen. Alsdann ist es wichtig, das obere Fragment nicht veröden zu lassen, damit eine Schleimfistel bestehen bleibt, welche viel weniger störend ist, als wenn die Kranken alles aushusten müssen und dadurch namentlich Nachts der Gefahr einer Schluckpneumonie ausgesetzt sind. Ein großes Gewicht ist auf sorg-

same und zweckentsprechende Wundbehandlung zu legen. Häufiger Verbandwechsel und guter Abschluss der mediastinalen Wundhälfte von der pharyngealen fördern einen günstigen Verlauf nach der Operation.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

23) **Stoganov.** Les interventions chirurgicales sur le médiastin postérieur et les organes y contenus. (Etat actuel de la question.)

(Revue de chir. 1899. No. 3.)

In der Abhandlung stellt S. zunächst fest, dass der Russe Nassilow als Erster auf Grund von Untersuchungen an Leichen die Eröffnung des hinteren Mediastinums bei Fremdkörpern und bei Krebs der Speiseröhre empfohlen und hierfür die Resektion der 3. bis 6. Rippen linkerseits bei Sitz des Fremdkörpers bezw. Tumors im oberen Theil des Ösophagus und die Entfernung der tieferen Rippen rechts, um den unteren Abschnitt der Speiseröhre zu erreichen, befürwortet hat. Im Weiteren bespricht S. die später von anderen Chirurgen gewählten Methoden und die durch die verschiedensten Krankheitsprocesse im hinteren Mediastinum gegebenen Indikationen und stellt schließlich die bisher am Lebenden ausgeführten Operationen an letzterem zusammen. In 12 Fällen wurde wegen akutphlegmonöser Processe, wegen tuberkulöser, von der Wirbelsäule stammender Eiterungen, 1mal wegen vom Sternum ausgegangener Mediastinaltuberkulose und je 1mal wegen Krebs, Narbenstriktur und Fremdkörper der Speiseröhre operirt. 5mal wurden dabei die Pleurae verletzt; 3 Fälle erlagen dem Eingriff, 7 kamen zur Heilung, und bezüglich 6 fehlen weitere Angaben über den Erfolg. — Das Nassilow'sche Verfahren, das S. genauer beschreibt, erscheint ihm, auch nach den von Rehn und Forgue nach dieser Methode ausgeführten Operationen, als das am meisten empfehlenswerthe.

Kramer (Glogau).

24) **Eichel.** Die Schussverletzungen des Herzbeutels.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIX. Hft. 1.)

Es giebt Schussverletzungen, welche den Herzbeutel allein betreffen ohne Mitbetheiligung des Herzmuskels. Sichere Fälle aber sind nur diejenigen, bei denen die Autopsie nach dem Tode oder der Operationsbefund die Verhältnisse an Ort und Stelle klar legen lassen. Desshalb reiht Verf. die übrigen, welche nicht so sicher in ihrer Diagnose angesehen werden können, unter eine eigene Rubrik »dem Verlauf nach wahrscheinliche Fälle«. Den klinischen Betrachtungen ist eine genauere Schilderung der anatomischen Verhältnisse an Perikard und vorderer Pleuragrenze vorangestellt. An den aus Merkel's und Tanja's Handbüchern entnommenen Zeichnungen ist klar zu ersehen, wie verschiedenartig sich besonders der Ansatz des Brustfells an Rippenknorpel und Brustbein verhält. Der Kardinalpunkt für Operationen am Herzbeutel ist natürlich die Vermeidung einer

Pleuraverletzung mit ihren unangenehmen Folgeerscheinungen. Nach Waldeyer, dessen Ansichten ungefähr als die maßgebenden anzusehen sind, kann bei normalen Verhältnissen die Punktion des Herzbeutels nicht ohne Verletzung des Brustfells durch die Weichtheile der vorderen Brustwand ausgeführt werden. Will man bei der Paracentese des Herzbeutels sicher das Brustfell schonen, so erscheint es am zweckmäßigsten, eine Stelle links am unteren Theil des Brustbeinkörpers zu trepaniren oder den 6. und 7. Rippenknorpel zu reseciren. Bei abnormen Verhältnissen, wo Ergüsse und Entzündungen Veränderungen setzen, liegt die Situation natürlich oft etwas anders.

E. giebt neben den Krankenjournalen, die er aus der Litteratur zusammenstellt, auch einen Fall eigener Beobachtung, den er durch operativen Eingriff zur Heilung gebracht hat. Fieber und Vergrößerung des Herzbeutelexsudats gaben die Veranlassung dazu, die Herzbeutelwunde, welche durch einen 7 mm-Revolver gesetzt war, zu erweitern, das Exsudat abzulassen und die Tamponade einzuleiten.

An der Hand der auch von anderen Autoren publicirten einschlägigen Fälle wird die Diagnose und das klinische Symptomenbild der Herzbeutelverletzungen geschildert, besonders auch bezüglich ihres Zusammenhangs mit Verletzungen der Lungen und des Brustfells. Vergrößerung oder Ersatz der Herzdämpfung durch eine entsprechende Zone tympanitischen Schalls sind u. A. die wesentlichsten Zeichen, die sonst im Ganzen wohl nicht wesentlich von denen perikardialer Entzündungen und Ergüsse sich unterscheiden.

Die Therapie ist eine abwartende auch bei Perikarditis; erst wenn durch das Exsudat Kompression des Herzens bewirkt wird, oder wenn der Verdacht auf eitrige Flüssigkeitsansammlung gerechtfertigt ist, soll man operativ vorgehen, d. h. den Herzbeutelschnitt vornehmen; der Einschuss soll dabei in die Operationswunde fallen. Die Operationswunde ist dann offen zu halten, um dem Exsudat dauernder Abfluss zu sichern.

Verf. erklärt, dass er bei seinem Falle, entgegen den Ansichten von Rehn und Schaposchnikoff, das Herz nicht im Exsudat obenauf schwimmen sah, sondern dass bei seinem Pat. eine Flüssigkeitsschicht vor dem Herzen sich ausgebreitet habe. Vielleicht erklärt aber die Art und der Ort der Eröffnung des Herzbeutels bei dem E.'schen Fall die Differenz. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

25) **K. Dahlgren.** Om mammarkancer från klinisk synpunkt.
(Hygiea Bd. LXI. Hft. 1.)

Die Resultate der Operationen des Brustkrebses sind in den letzten Jahren im Vergleich mit denjenigen voriger Zeiten weit besser als man erwarten konnte. Die vermehrte Einsicht in der Ausbreitungsweise der Krankheit und die anatomischen Verhältnisse der Brustdrüse zu ihrer Umgebung haben rationellere Exstirpationsmethoden veranlasst. In der Lennander'schen Klinik sind

von 1888—1897 74 Fälle operirt worden. Gestützt auf diese tabellarisch geordneten Fälle liefert Verf. zuerst eine gründliche Auseinandersetzung der feineren Verhältnisse der normalen Anatomie der Brustdrüse nach den neuesten Forschungen, geht dann zur Besprechung der wichtigsten Theorien über Histogenese und Ätiologie des Brustkrebses über, bespricht weiter ausführlich in besonderen Kapiteln das klinische Bild, die Diagnose, die Behandlung, die Indikationen, die Prognose und die operativen Resultate des Leidens. Ein besonderer Werth ist der Arbeit Verf.s in so fern beizumessen, als sämmtliche Fälle mit sehr wenigen Ausnahmen so gründlich behandelt sind. Aus der Beschreibung der Technik Lennander's ersieht man, dass nicht nur die kranke Brustdrüse mit dem umgebenden Fett- und Bindegewebe, sondern auch die unterliegende Fascie, das Fett und die Fascien der Achselhöhle, wie die Sternalportion des Musc. pectoral. major in vollem Zusammenhang, vom Brustbein innen bis zum Caput humeri und den Serratuszacken außen weggenommen werden. Zweitens hat Verf. sich bemüht, nicht nur die mikroskopische Diagnose festzustellen, sondern auch möglichst genaue Erkundigungen über das weitere Schicksal der Operirten einzuziehen. Von den 74 behandelten Fällen wurden 60 operirt vor dem Jahre 1895. Unter diesen, also seit wenigstens 3 Jahren Operirten, sind 26 ohne Recidiv geblieben (43,3%). Fügt man aber zu diesen 26 noch 4 Fälle, welche vor mehr als 3 Jahren ohne äußere Recidive gestorben sind, so steigt die Procentzahl der Geheilten auf 50%. Die Zahl derer, welche mehr als 3 Jahre von äußeren Recidiven frei gewesen sind, beträgt 53%. Die Resultate Verf.s stimmen also mit den Zahlen Halsted's fast genau überein.

Mehrere interessante Punkte in der Arbeit Verf.s wie die Fragen über die Grenzen der Operabilität, über die Recidive u. A. m. verdienten wohl eine ausführlichere Besprechung, aber Ref. muss sich beschränken, diese kurzen Andeutungen des reichen Inhalts der sehr lesenswerthen Arbeit zu machen. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

Kleinere Mittheilungen.

26) **Kionka.** Über Narkotisirungsapparate.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 3.)

Der Aufsatz enthält die Beschreibung der vom Verf. konstruirten Apparate zur Narkotisirung von Thieren. Der 1. Apparat ist schon früher angegeben. Er genügte jedoch nicht zur Anwendung von Mischnarkosen, für die K. einen verbesserten Apparat konstruirt hat, dessen Abbildung beigefügt ist, und an dem man genau die Mengen der eingeathmeten Quantitäten des Mittels abmessen kann. Verf. erörtert zum Schluss noch die Frage, ob man solche Apparate, die natürlich ziemlich komplicirt sind, auch für den Menschen anwenden soll.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

27) **E. Salén und C. Wallis.** Två fall af s. k. sen kloroformdöd.
(Hygiea Bd. LXI. p. 158.)

Wenn man über den sog. späten Chloroformtod beim Menschen durch eine Kasuistik Aufklärung gewinnen soll, muss man zuerst fordern, dass die Fälle sowohl in klinischer als anatomischer Beziehung so genau und vollständig beschrieben sind, dass man sich eine Vorstellung über die Rolle, die das Chloroform beim Todesfall gespielt hat, wirklich bilden kann. Zweitens muss aus der Darstellung hervorgehen, dass andere Todesursachen, wie z. B. interkurrente Krankheiten und vor Allem Sepsis, als Folge der Operation und Intoxikation durch die etwa angewandten Antiseptica ausgeschlossen werden können. Die Verff. zeigen, dass vor einer Kritik mit solchen Forderungen die meisten der bisher veröffentlichten Fälle nicht Stand halten können. Die Fälle von Fränkel, Bastianelli, Thiem und Fischer, Lindh, Zachrisson, Zoege v. Manteuffel, Eisendraht, Nachod und Bendler werden einer durchgehenden Kritik unterworfen, und die Verff. veröffentlichen 2 eigene sorgfältige Beobachtungen. Der eine ist dem Bendler'schen Falle sehr ähnlich. Ein starkes, 20jähriges Mädchen wird wegen einer Salpingo-Oophoritis laparotomirt. 2stündige Narkose mit 40 ccm Chloroformverbrauch. Temperatur nicht über 38°; Euphorie post operationem. Schon während des 1. Tages stellt sich aber Ikterus ein, und unter Symptomen von schnellem und hochgradigem Kräfteverfall, beschleunigtem Puls und elender Herzaktion erfolgt der Tod am 3. Tage. Bei der Sektion fanden sich keine Störungen an der Wunde und keine Milzanschwellung. Die kleine Menge Sublimatlösung, welche bei der Desinfektion der Fossa Douglasi angewandt worden war, hatte weder Symptome in vivo, noch Zeichen post mortem hervorgebracht. Aber hochgradiger Zerfall der Lebersubstanz, bedeutende Fettdegeneration des Myokards und anfangende Fettdegeneration des Epithels der Nierenrinde erklärten die Nachwirkungen des Chloroforms.

Der andere Fall betraf ein 22jähriges Mädchen, welches von einer chronischen follikulären Proktitis mit bedeutender Abmagerung ohne Symptome von Seiten der Leber, des Herzens oder der Nieren gelitten hatte. Die Operation bestand in Excision der Appendix, in welche Region die Pat. die Schmerzen verlegt hatte. Narkose. Nähere Angaben fehlen. Temperatur 37,5—38,6°, erst in Agone 39°. Am Tage nach der Operation wurde der Harn stark eiweiß- und cylinderhaltig, nahm dann in der Quantität ab, bis völlige Anurie und damit Tod etwa 2 Tage post operationem eintrat. Bei der Sektion wurden keine auf Sepsis deutende Veränderungen gefunden; die Milz war völlig unverändert. Das Myokardium, die Leberzellen und vor Allem die Epithelzellen der Nierenrinde waren hochgradig fettdegenerirt. Zwar wurde eine geringe Menge Jodoformgaze bei der Operation zur Tamponade verwendet, aber die bisherige chirurgische Erfahrung widerspricht der Annahme, dass aus dieser Quelle der akute ausgedehnte Zerfall der obengenannten lebenswichtigen Organe herrühren könne. Da auch keine Sepsis vorhanden war, bleibt die Erklärung des Todesfalls als Spätwirkung der Chloroformnarkose die natürlichste und einfachste.

Die Arbeit enthält allseitig eingehende kritische Beleuchtungen der den Chirurgen immer mehr und mehr interessirenden Narkosenfragen. Die Verff. ziehen folgende Schlüsse:

1) Aus noch unbekannten Ursachen kann bisweilen das Chloroform, als Narkoticum zur Inhalation angewandt, durch seine Nachwirkungen mehrere Tage nach der Narkose den Tod herbeiführen, sog. später Chloroformtod.

2) Die dabei auftretenden krankhaften Veränderungen sind hauptsächlich fettige Degenerationen des Herzens, der Leber und der Nieren.

3) Die Veränderungen treten öfters in allen oder wenigstens in mehreren dieser Organe auf, sind aber am stärksten in einem derselben lokalisirt. Das durch diese Veränderungen hervorgerufene Krankheitsbild ist dem zufolge sehr wechselnd.

4) Die Veränderungen haben ihre Analogie in den fettigen Degenerationen derselben Organe bei Thieren, welche an langdauernden experimentellen Chloroformnarkosen gestorben sind. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

28) **E. Schwartz.** Note sur une adénolymphocèle filarienne contenant la filaire à l'état adulte. Extirpation. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 804.)

S. hatte Gelegenheit, bei einem aus La Plata stammenden, 13jährigen Knaben eine Adenolymphocele erfolgreich zu operiren. Die Geschwulst reichte von der unteren Spitze des rechten Scarpa'schen Dreiecks bis etwas über das Leistenband hinauf, war weich, gelappt, ließ sich durch längeren Druck etwas verkleinern, schwoll mit Nachlass des Drucks langsam wieder an. Seit ihrem Bestehen hatte sich die Geschwulst mehrfach in Form entzündlicher Nachschübe vergrößert. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst zeigte in allen Drüsen eine beträchtliche Erweiterung der zu- wie abführenden Lymphwege, wie der Lymphsinus, wodurch eine charakteristische kavernöse Beschaffenheit bedingt wurde. In der obersten Lymphdrüse fand sich ein ausgewachsener Parasit, umgeben von einem nekrobiotischen Herd, der durch die große Zahl seiner Epitheloid- und Riesenzellen sehr einem tuberkulösen Knoten ähnlich sah. **Reichel** (Chemnitz).

29) **Buri.** Ein Fall von Röntgenstrahlendermatitis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 9.)

Ein Elektrotechniker hatte besonders seine linke Hand der Wirkung eines Röntgenapparats eigener Erfindung (mit Strömen von außerordentlicher Intensität bei gleichzeitiger sehr mäßiger Ozonentwicklung) 4 Tage lang sehr intensiv ausgesetzt. Am Abend des 4. Tages Herzbeklemmung, Angstgefühl, Anschwellung und Röthung der linken Hand. Nach 10 Tagen Rückgang der Entzündung; scharf begrenzte großlamellöse Abschuppung. Nach einiger Zeit Abkrümmung der Fingernägel nach innen — die vorderen Partien der Nägel sehr brüchig. Die neugebildeten Nägel und die alten, sich abstoßenden, waren durch eine scharfe Linie getrennt; Verlust der Haare, die dann sogar stärker wieder wuchsen.

Jadassohn (Bern).

30) **P. Colombini.** Klinische und histologische Untersuchungen über einen Fall von Atrophia idiopathica.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 2.)

Von der sog. »idiopathischen Hautatrophie« giebt es nur erst sehr wenige genaue Untersuchungen. Bei der Pat. C.'s entwickelte sich die Affektion ziemlich schnell, nachdem sie von intensivem Feuer in der Küche in strömenden Regen gekommen war. Aus rothen Flecken entwickelten sich die atrophischen Veränderungen über große Partien des Körpers. Die Haut wurde zu weit, die Epidermis dünn, wie zerknittertes Papier, das Unterhautzellgewebe schwand, die Gefäße schienen deutlich durch. Außer Drüsenschwellungen und Kältegefühl sonst nichts Abnormes. Die histologische Untersuchung ergab eine Atrophie aller Elemente der Haut, speciell auch der glatten Muskeln, die zum Theil kleinzellig infiltrirt waren, und der elastischen Fasern. Die Ätiologie bleibt unklar.

Jadassohn (Bern).

31) **H. Hirschfeld.** Ein Fall von trophischer Störung der Haut, der Nägel und Knochen eines Fußes nach Nervenverletzung.

(Fortschritte der Medicin 1899. No. 18.)

Bei einem 75jährigen Mann, welcher eine tief eingezogene Narbe auf dem linken Fußrücken hatte und angab, hier als Knabe von 12 Jahren einen Stich mit der Heugabel erhalten zu haben, fanden sich folgende Veränderungen am linken Fuß: Die Zehen hatten durchweg geringeren Umfang und Länge als rechts, die Zehenspitzen waren schmäler und spitzer als rechts und berührten einander nicht.

Die Haut war dünn, prall gespannt, glänzte stark und schuppte etwas, war auch etwas cyanotisch. Der Haarwuchs war auf beiden Füßen gleich, dagegen fanden sich Nägel nur an der 1. und 2. linken Zehe in Rudimenten, an den übrigen fehlten sie, wie auch jede Andeutung eines Nagelbetts. Die Knochen zeigten im Röntgenbild an den Endphalangen einiger Zehen Defekte, als wären sie abgesägt. Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen waren nicht nachweisbar. Verf. führt die Erscheinungen auf eine Verletzung des N. peroneus superficialis zurück.

Teichmann (Berlin).

32) **Mensi.** Sopra un caso di gangrena cutanea nell' eritema nodosa. Stafilococcemia.

(Gazz. med. di Torino 1899. No. 7.)

Unter den Knoten eines über Kopf, Schulter und Arme verbreiteten Erythema nodosum wurde die Haut nekrotisch. Achselhöhlenabscess, fortdauernde Sekretion aus den gebildeten Geschwüren, hohes Fieber, Bronchopneumonie. Tod. Aus dem Eiter, dem Exsudat der Knoten, dem Blut wurde der Staphylococcus aureus gezüchtet. Die Infektion, eine Septhämie darstellend, trat bei dem 2jährigen Kinde im Anschluss an Masern auf. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

33) **Klamann.** Ein Fall von ekzematöser circumscripter Dermatitis mit Berücksichtigung der dabei beobachteten Pilzelemente.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 7.)

Die Pilze, welche der Verf. bei einer ekzemähnlichen disseminirten Dermatose gefunden hat und welche er mit keiner der bekannten Arten identificiren konnte, wurden nicht kultivirt und auf ihre pathogene Bedeutung nicht untersucht, so dass ihre nähere Beschreibung hier keinen Werth hätte — dasselbe gilt von einer Selbstbeobachtung von Ekzem und Untersuchung von chronischem Lidekzem.

Jadassohn (Bern).

34) **J. Burmeister.** Über einen neuen Fall von Acanthosis nigricans.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 3.)

Der Fall dieser seltenen Hauterkrankung, den B. zu beobachten Gelegenheit hatte, ist besonders dadurch bemerkenswerth, dass die Sektion des — nach Abschluss der Arbeit verstorbenen — Pat. von einem abdominalen Tumor absolut nichts ergab, trotzdem man klinisch einen solchen angenommen hatte. Eine bestimmte Todesursache wurde bei der Sektion überhaupt nicht gefunden — nur die Herzmuskulatur war auffallend schwach und schlaff. Die Arbeit enthält außer der Krankengeschichte eine Litteraturübersicht und eine epikritische Besprechung der räthselhaften Erkrankung, bei welcher der Verf. die Hypothese von einer Einwirkung auf den Bauchsympathicus und dadurch auf die Haut acceptirt. In dem Falle B.'s war die Mundschleimhaut hochgradig erkrankt.

Jadassohn (Bern).

35) **G. Mouton.** Zona et tuberculose.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Januar.)

Die Mittheilung betrifft einen 25jährigen Mann, der neben einem rechtsseitigen Herpes zoster ausgesprochene Zeichen doppelseitiger Lungentuberkulose darbietet. Ob ein Zusammenhang zwischen beiden Affektionen besteht, wie ihn M. sucht, erscheint höchst zweifelhaft. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

36) **L. Glück.** Ein Fall von Favus am Penis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 3.)

Der Favus der Körperhaut ist im Ganzen recht selten (unter 200 Fällen sah G. nur 3mal Favus des Stammes, resp. der Extremitäten, 5mal Onychomycosis). Besonders außergewöhnlich aber ist er an solchen Stellen, wo Lanugohaare fehlen. Bisher war nur ein Fall an der Penishaut (Pick) bekannt. G. beschreibt einen

zweiten derselben Lokalisation mit charakteristischem Pustel- und typischem Pilzbefund bei einem sonst favusfreien Pat. — der Favus ist also nicht ausschließlich an mit Haarbälgen versehene Haut gebunden. **Jadassohn** (Bern).

37) **K. Kreibich.** Ein Fall von leukämischen Tumoren der Haut.
(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 2.)

Die Arbeit stellt einen sehr interessanten kasuistischen Beitrag zu dem bisher recht spärlichen kasuistischen Material von leukämischen Tumoren der Haut dar. Das beigegebene Bild zeigt, welch kolossalen Umfang diese bläulich oder bräunlichrothen, weichen, von spiegelnd glatter Haut überzogenen Knoten (bei der Pat. K.'s im Gesicht) annehmen können. Die Pat. bot die Symptome einer lymphatischen Leukämie dar. Die wahren leukämischen Tumoren der Haut, die histologisch aus mononukleären Leukocyten mit geringem Protoplasmasaum bestanden, müssen abgesondert werden von der Mycosis fungoides und Sarcomatosis cutis, welche mit einer oft bedeutenden Leukocytose einhergehen, und von der Lymphodermia perniciosa Kaposi, welche erst in ihrem Verlauf zu einem leukämischen Blutbefund führt und welche mit einem teigig infiltrirten Ekzem beginnt und zu diffuseren Hautveränderungen Anlass giebt. **Jadassohn** (Bern).

38) **Rammstedt.** Ein Fall von Milzbrand der Zunge mit Ausgang in Heilung, nebst Bemerkungen zur Behandlung des Milzbrandkarbunkels. (Aus der chirurgischen Klinik zu Halle a/S.)
(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 19.)

In dem mitgetheilten Falle eines 28jährigen Arbeiters ragte die blauroth gefärbte und enorm vergrößerte Zunge mehrere Centimeter weit aus dem Munde hervor und konnte nicht zurückgezogen werden; Gaumenbögen, Tonsillen etc. waren gleichfalls stark angeschwollen. Auf der unteren Fläche der schmierig belegten Zunge fand sich eine markstückgroße Gangrän, welche auf den Mundboden übergriff; Gesicht und Hals waren ödematös infiltrirt, in der rechten Lunge bestand eine Entzündung des Unterlappens. Das Sekret der brandigen Stelle an der Zunge und ein Gewebsstückchen ergaben bei Untersuchung Milzbrandbacillen, die im Sputum (zahlreiche Staphylo-, Strepto- und Diplokokken), so wie im Blut nicht nachweisbar waren. Die Behandlung des Kranken bestand in Applikation einer Eisblase um den Hals, in Darreichung von Eis per os und Morphium subkutan, von Excitantien und Mundspülungen; chirurgische Eingriffe unterblieben völlig. Heilung innerhalb 3 Wochen, ohne Hinzutreten von Komplikationen seitens des Darms etc. — Der günstige Verlauf unter dieser exspektativen Behandlung, die sich auch in einer größeren Zahl anderer Milzbrandfälle der Hallenser chirurgischen Klinik (Nissen, Müller) bewährt hat, veranlasst R., dieselbe erneut gegenüber chirurgischen Eingriffen zu empfehlen.

Kramer (Glogau).

39) **R. Simon.** Die offene Behandlung der schwieligen Lungenfellentzündung (Pneumothoracoplastice secundaria pleuritis induratae) und ihre Enderfolge.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 401.)

S. publicirt die Erfahrungen E. Rose's auf dem Gebiet der chronischen fistulösen Empyeme. Die Mittheilung ist als wichtig hervorzuheben, weil Rose's Therapie in diesen Fällen eine im Ganzen schonendere geblieben ist, als sie in den letzten Jahren bei wohl den meisten anderen Chirurgen geworden. Auch bei den chronischen Empyemen beschränkt R. sich auf eine wenn auch ausgedehnte und mehrfache — so doch subperiostal bleibende Rippenresektion ohne Excision der Interkostalmuskeln und der Pleura. Die Brustwand soll entsprechend der Ausdehnung der Empyemhöhlen nur »entknöchert«, dann aber auch allerdings durch ihre ganze Dicke breit gespalten werden, so dass die Höhle weit klafft und

mit Gazetamponade nachbehandelt werden kann. Das Innere der Höhle wird genau nachgesehen, Nischen und Ausbuchtungen verfolgt, Fisteln, die in Eiterabkammerungen führen, wird nachgegangen, pleurale Verwachsungen und Septa werden unschädlich gemacht, pleuritische Schwarten abgeschabt. Die Schnittführung ist gemäß der wechselnden Lokalisation der Höhlen nicht typisch. Meist wird mit Resektion der nächst oberen Rippe über der Fistel — gewöhnlich der 7. oder 8. — begonnen, die Pleura eröffnet und durchtastet, wodurch sich die Ausdehnungsrichtung der Höhlen feststellen lässt. Nach letzterer richten sich die hinzuzufügenden weiteren Schnitte, nach vorn, hinten, oben oder unten — in die Sternalnähe oder hinter das Schulterblatt, so dass bald hufeisenartige, bald H-förmige etc. Schnittfiguren entstehen. Die Interkostalarterien werden unterbunden.

Das bearbeitete Material beläuft sich auf 18 Fälle, tabellarisch und auch, was dankenswerth, in genauer Krankengeschichte mitgetheilt. Die Resultate sind als recht gute zu bezeichnen. Gestorben sind nur 2 Phthisiker, aber erst 87 und 147 Tage nach der Operation und nicht in Folge dieser. Die übrigen 16 verließen das Hospital arbeitsfähig, und zwar 13 mit völlig vernarbter Wunde. Bei den 3 mit Fisteln Entlassenen heilte in 2 Fällen die Fistel noch binnen 1 bezw. $1^1/_2$ Jahr spontan, der letzte Pat. ging noch in verschiedentliche andere Behandlung über. Die Zeit, welche zwischen der primären Rippenresektion und der Thorakoplastik lag, betrug durchschnittlich 3 Monate, die Zahl der sekundär resecirten Rippen 3—10, die Gesammtlänge der entfernten Rippenstücke $13^1/_4$ cm (bei einem 6jährigen Mädchen) bis 81 cm, die durchschnittliche Heilungsdauer der Thoraxplastik, die übrigens meistens mehrmalige Eingriffe (bis 4) erforderte, 11 Monate. Von Interesse ist, dass 3 Pat. noch Kinder waren. Im Übrigen sind die Fälle reich an individuellen Eigenthümlichkeiten, wie z. B. Lungengangrän durch Schusswunde, Abstoßung septisch-puerperaler Lungeninfarkte, Lungenfistel, tuberkulöse Rippencaries, subphrenische Eitersenkung, Rippensequester. Alles in Allem bietet der Bericht, der übrigens die Arbeiten anderer Chirurgen auf dem behandelten Gebiet gänzlich außer Betracht lässt, sehr viel praktisch Brauchbares und Lehrreiches.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

40) **E. v. Meyer.** Über einen geheilten Fall von Lungengangrän auf embolischem Weg entstanden, bei septischem Abort. Pneumotomie. Heilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 391.)

Nach Ausräumung septischer, stinkender Abortreste zeigten sich pneumonische Herderkrankungen, deren eine schließlich binnen 5 Wochen zu ausgedehnter Dämpfung rechts hinten unten mit Bronchialathmen und Rasseln, Kavernensymptomen unter der Schulterblattspitze, dazu profusem, stinkendem Auswurf mit Kräfteverfall führte. Probepunktion: putrider Eiter. Rippenresektion unterhalb des Angulus scapulae, die Pleurablätter sind, wie vorausgesetzt, verwachsen, breite Eröffnung des Abscesses, dessen Wandung nur $^1/_2$ cm betrug. Entleerung von 200 ccm Eiter nebst brandigen Fetzen aus der mannsfaustgroßen Höhle, aus welcher Luft zischt (Bronchialfistel). Sofortige subjektive Besserung, allmähliche Wundreinigung, völlige Heilung in einigen Monaten ohne Fistel, mit geringer Brusteinschrumpfung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

41) **Podres** (Charkoff). La chirurgie du coeur.

(Revue de chir. 1899. No. 5.)

Der der Abhandlung zu Grunde liegende Fall von Schussverletzung des Herzens ist bereits in diesem Blatt (1898 p. 894) nach der auch im »Wratsch« erschienenen Arbeit referirt worden. Bei dem großen Interesse, welches derselbe bei dem kühnen, von glänzendem Erfolg gekrönten Vorgehen P.'s in Anspruch nehmen darf, sei auf den Aufsatz, der jetzt in der dem deutschen Leser zugänglicheren Revue de chir. vorliegt, nochmals verwiesen, zumal er auch die bisher noch nicht umfangreiche Litteratur über die »Chirurgie des Herzens«, ausschließlich der allerneuesten Kasuistik, verwerthet. **Kramer** (Glogau).

42) W. N. Klimenko. Ein Fall von Fibroadenoma mammae beim Manne.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 3.)

K. entfernte bei einem 24jährigen Soldaten beide Brustdrüsen; in der einen war die Geschwulst hühnereigroß, in der anderen walnussgroß.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

43) H. Boyd. On oophorectomy in the treatment of cancer of the breath.

(Brit. med. journ. 1899. Februar 4.)

B. hat im Ganzen in 7 Fällen von Mammacarcinom die Kastration ausgeführt. In 2 Fällen hat er eine unzweifelhaft günstige Wirkung, in 2 Fällen eine wahrscheinlich günstige, in 3 Fällen überhaupt keine Wirkung beobachtet. Unter 15 zum Theil aus der Litteratur zusammengestellten Fällen sind günstige Wirkungen demnach im Ganzen 4mal zu verzeichnen. B. hält desshalb die Oophorektomie als Palliativoperation für nicht ganz werthlos. In 5 Fällen hat er auch Thyreoidtabletten versucht, ohne aber irgend eine Wirkung auf die Erkrankung feststellen zu können.

F. Krumm (Karlsruhe).

44) W. Meyer. Zur Ruptur der Arteria poplitea.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 356.)

Während der Regel nach Risse der Arteria poplitea zu erheblichen, stark spannenden Blutergüssen der Kniekehle führen, Erscheinungen, die von diagnostischer Wichtigkeit sind, fehlten in dem von M. aus Fischer's Hospitalabtheilung in Hannover beschriebenen Falle diese vollständig. Dem 35jährigen Mann war das Rad eines schweren Lastwagens über das linke Kniegelenk gegangen; in hochgradigem Collaps, klagend über Kälte und Taubheit im Fuß, so wie mit geringen Schmerzen im Knie kam er ins Spital. Es fand sich eine Hautabquetschung so wie Exkoriation, aber keine auffällige Schwellung. Fußrücken und Zehen kalt. Am folgenden Tage Fuß eiskalt, anästhetisch und aktiv unbeweglich. Auch jetzt keinerlei Schwellung. Geräusche und Pulsation in der Kniekehle fehlen. Nach Begrenzung der Gangrän Amputation des Oberschenkels, die regelrecht heilte. Die Sektion des Beins zeigte außer Verjauchung der Unterschenkelmuskulatur in der Kniekehle 3—4 Esslöffel voll geronnenen Bluts, in welchem neben dem unverletzten N. tibialis die quer abgerissene Art. und Ven. poplitea lagen. Die Gefäßstümpfe waren thrombosirt, die Gefäßwand frei von Atheromatose. — Das einzige vorhandene Anzeichen der Gefäßzerreißung in der ersten Zeit war die Kälte und Taubheit des Fußes, über welche die Verletzten auch in allen anderen publicirten Beobachtungen geklagt haben. Die diagnostische Wichtigkeit dieses Zeichens ist demgemäß hervorzuheben, ferner aber auch auf Fehlen oder Vorhandensein des Pulses in den Tibialarterien zu achten. Ein Erfolg einer auch frühzeitig ausgeführten Arterienunterbindung wird übrigens auch nur dann zu erwarten sein, wenn durch die Verletzung neben der Zerreißung der Poplitealarterie keine Verletzung der Kollateralgefäße herbeigeführt ist, so dass noch die Möglichkeit für Ausbildung der Kollateralcirkulation geblieben ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 34. **Sonnabend, den 26. August.** **1899.**

1) C. Fraenkel. Über das Vorkommen des Meningococcus intracellularis bei eitrigen Entzündungen der Augenbindehaut.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXI.)

Bei der eitrigen Conjunctivitis sind nach Axenfeld die folgenden Hauptformen zu unterscheiden:

1) die durch den Gonococcus bedingte und häufigste;
2) die durch den Pneumococcus;
3) die durch den Bacillus von Koch und Wecks;
4) die durch den Diplobacillus von Morax und Axenfeld hervorgerufene.

Seltener sind Bacterium coli und Diphtheriebacillus betheiligt.

F. konnte nun in 3 aus dem Material der Hallenser Augenklinik stammenden Fällen als Erreger der Blennorrhoe den seinem Verhalten und intracellulärer Lagerung nach gar leicht mit Gono-

kokken zu verwechselnden Diplococcus intracellularis der Meningitis (Weichselbaum, Jäger) nachweisen.

Für die Praxis erwächst daraus die Mahnung, ja die Nothwendigkeit, zumal er auch wiederholentlich bei Rhinitis und Otitis media angetroffen ist (auch in Gelenken, vgl. Fronz, Centralblatt für Chirurgie 1898 p. 348; Ref.), in allen derartigen Fällen nicht allein die Diagnose zu stellen und namentlich die Anwesenheit des Gonococcus oder auch des Pneumococcus zu behaupten, sondern die feineren Hilfsmittel der Untersuchung zu Rathe zu ziehen und dann erst ein endgültiges Urtheil abzugeben. **Hübener** (Dresden).

---

2) v. Arx (Olten). Leptothrixphlegmone eine Phlegmone sui generis.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1899. No. 6 u. 7.)

A. berichtet über 4 Fälle von akuter Infektion der Submaxillar- und Halsgegend, deren Ausgangspunkt kariöse Zähne waren; bei zweien war eine Operation an den Zähnen unmittelbar vorausgegangen. Es waren Mischinfektionen von Leptothrix, Staphylo- und Diplokokken so wie Colibakterien. Den Leptothrixfäden glaubt Verf. nach der ganzen Art des Krankheitsbildes eine besondere Bedeutung beilegen zu müssen. Die von der Mykose wohl zu unterscheidende Leptothrixphlegmone lasse zwei Stadien erkennen. Das erste sei eine Periostitis an der Wurzel eines kariösen unteren Backenzahns, wochen- und monatelang als harte, keineswegs schmerzhafte Geschwulst am Kieferrand erkennbar. Erst wenn das Periost zerstört ist, dehnt sich die jauchige, bis dahin noch nicht gasige Phlegmone unter der oberflächlichen Halsfascie langsam gegen die großen Spalträume des Halses hin aus, es entsteht eine diffuse, brettharte, jede Kontour des Halses verwischende Infiltration, manchmal mit Hautemphysem. Schwerer Allgemeinzustand, intensiver Foetor ex ore. Der Verlauf ist nicht so stürmisch wie bei eitriger tiefliegender Halsphlegmone (Angina Ludovici), es besteht weniger Eiterbildung, wohl aber Verjauchung und Gasentwicklung. Auch eine Verwechslung mit Aktinomykose liegt nahe. A. hat zwei seiner Pat. verloren, da der Process auf das Mediastinum, einmal sogar bis in die Bauchdecken vorgeschritten war. **P. Stolper** (Breslau).

---

3) O. Schulze. Untersuchungen über die Strahlenpilzformen des Tuberkuloseerregers.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXI.)

4) O. Lubarsch. Zur Kenntnis der Strahlenpilze.

(Ibid.)

Schon Babès und Levaditi und unabhängig von ihnen Friedrich haben über strahlenpilzförmige Wucherungen des Tuberkelbacillus im Thierkörper berichtet. S. hat auf Veranlassung und

unter Leitung von L. diese Frage wieder aufgenommen und hinsichtlich der Säugethiertuberkulose studirt, während L. selbst einige Ergänzungen dazu folgen lässt, die sich auf die »modificirten Tuberkelpilze«, die säure- und alkoholfesten Pseudotuberkelpilze, Streptothrix asteroides und Rotzbacillen, so wie einige andere der Streptothrixgruppe angehörige oder nahestehende Mikroorganismen (Streptothrix Petruschky, Diphtheriebakterien) erstrecken.

Da ein eingehenderes Referat der sehr interessanten Arbeiten an dieser Stelle nicht gegeben werden kann, so mögen aus den Schlussfolgerungen L.'s hier einige Platz finden.

Die Aktinomycesformen, die noch bis vor Kurzem für die Charakteristica eines bestimmten Krankheitserregers gehalten wurden, kommen unter bestimmten Bedingungen einer großen Reihe von Pilzen zu, die in die Gruppe der Streptotricheen hineingehören.

Die im Thierkörper auftretenden Strahlenpilz- und Keulenformen sind nicht der Ausdruck einer reinen Degeneration, sondern besitzen die Bedeutung einer Hemmungsmissbildung.

Es ist empfehlenswerth, die genannte Gruppe von Mikroorganismen weder den Spaltpilzen noch den Hyphomyceten zuzurechnen, sondern als selbständige Übergangsform zwischen beiden Arten einzureihen.

Hübener (Dresden).

---

5) **R. Emmerich** und **O. Löw.** Bakteriologische Enzyme als Ursache der erworbenen Immunität und die Heilung von Infektionskrankheiten durch dieselben.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXI.)

Die bekannte Thatsache, dass in vielen Flüssigkeitskulturen von Bakterien trotz des Vorhandenseins genügenden und geeigneten Nährmaterials allmählich ein Stillstand in der Entwicklung eintritt, beruht nach Annahme der Verff. auf der Entstehung enzymartiger Stoffe, welche von den Bakterien selbst gebildet werden und diese schließlich wieder auflösen. Unter diesen bakteriologischen Enzymen giebt es nun auch solche, welche nicht immer die eigene Bakterienart, sondern verschiedene andere Species aufzulösen vermögen.

Auf diesem Vorhandensein der Enzyme lassen E. und L. »die Heilung mit sog. Stoffwechselprodukten« oder unfiltrirten Kulturen von Bakterien beruhen (solche Heilungen giebt es nicht, wie gerade E. aus seinen Toxininjektionen bei Sarkom und Carcinom wissen sollte; auch ist die Wissenschaft längst über die von E. hier angezogene Rumpf'sche Typhusbehandlung mittels Pyocyaneuskulturen hinweggegangen; Ref.). Es soll nun auch die künstliche Immunisirung mit Stoffwechselprodukten oder unfiltrirten Kulturen darauf beruhen, dass sich allmählich im Blut eine haltbare Verbindung zwischen Enzym und einem Eiweißkörper des Bluts oder mit Organeiweiß bildet. Diesem »Immunproteïn« komme auch noch die bakteriologische Eigenschaft des ursprünglichen Enzyms zu. Diese

Vereinigung soll sich auch künstlich in vitro auf chemischem Wege herstellen lassen. Man sei daher jetzt im Stande, Heilserum schon ohne Zuhilfenahme des thierischen Organismus künstlich zu bereiten — wenigstens bei einzelnen Infektionskrankheiten, wie die Verff. vorsichtiger Weise hinzufügen. Diese Enzyme sind nun von einer wunderbaren Vielseitigkeit; einzelne von ihnen wirken im thierischen und menschlichen Organismus nicht nur baktericid, sondern auch toxinvernichtend. Das Enzym des Bacillus pyocyaneus (Pyocyanose) ist z. B. im Stande, die krankmachende und tödliche Wirkung des Diphtherietoxins vollständig aufzuheben. Die Verff. sprechen — auf Grund von 9 Meerschweinchenversuchen (!) — den Wunsch aus, dass die Kliniker die Pyocyanose bei der Behandlung der Diphtherie versuchen mögen. Allerdings »wenn auch nicht anstatt, so doch neben dem Heilserum«.

Ein ernsteres Interesse verdienen die mitgetheilten Thierversuche über die Behandlung des Milzbrandes mit Pyocyanose. In vitro gehen die Milzbrandbacillen schon nach 2 Stunden in der Pyocyanose, die sich leicht in Wasser löst, zu Grunde (von einer Aussaat von 4320000 Milzbrandbacillen waren nach der angegebenen Zeit keine Bacillen mehr kulturell nachweisbar). Pyocyanose zu gleicher Zeit mit einer vielfach tödlichen (mindestens 2000fach) Dosis von Milzbrandkultur oder selbst bis zu 5 Stunden post infectionem injicirt (allerdings in großer Menge und des öftern zu wiederholen), verhütete in allen Fällen die Erkrankung der Thiere, während die Kontrollen prompt zu Grunde gingen. In dem Blut der behandelten Thiere ließen sich niemals Milzbrandbacillen nachweisen.

Ob ein noch späteres Injiciren von Pyocyanose oder Pyocyanose-Immunproteïn als nach 5 Stunden noch eine heilende Wirkung ausübt, haben die Verff. leider nicht untersucht, was hinsichtlich der von ihnen ausgesprochenen Empfehlung für die Behandlung beim Menschen entschieden als eine bedauerliche Lücke bezeichnet werden muss.

Alles in Allem zeugt die Arbeit von dem Bestreben, die in den letzten Jahren etwas zum Stillstand gekommene Frage von der Immunität sowohl in theoretischer als praktischer Beziehung einmal von einem anderen Gesichtspunkt wieder aufzunehmen, doch erscheint fürs erste eine gründliche Nachprüfung von anderer Seite als durchaus wünschenswerth. **Hübener** (Dresden).

---

6) **Conradi.** Zur Frage der Toxinbildung bei den Milzbrandbakterien.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXI.)

Bei Anwendung der gegenwärtigen Methoden kann nach C. der Nachweis nicht erbracht werden, dass der Milzbrandbacillus ein extracelluläres, lösliches oder ein intracelluläres Gift im Organismus empfänglicher oder refraktärer Thiere bildet. Auf Grund der an-

gestellten Versuche gewinnt vielmehr die Annahme hohe Wahrscheinlichkeit, dass der Milbrand überhaupt keine giftigen Substanzen im Thierkörper erzeugt. Mit diesem Ergebnis ist das Problem des Zustandekommens der Milzbrandinfektion in keiner Weise klarer, eher noch verwickelter geworden. Ob späterhin den Fortschritten verfeinerter chemischer Methodik eine solche Toxindarstellung gelingen wird, muss die Zukunft lehren. Vorläufig erhellt aus der vorliegenden Arbeit, dass die Hypothese eines Milzbrandgifts zurückzuweisen ist, und dass bis auf Weiteres der Milzbrandbacillus als Typus eines infektiösen Mikroorganismus zu gelten hat.

Hübener (Dresden).

---

7) **F. E. Hopf.** Die Anwendung nahtloser Gummihandschuhe in der dermatologischen Praxis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 12.)

Der Verf. empfiehlt die von Zieger und Wiegand in Leipzig hergestellten, von Friedrich auf dem Chirurgenkongress demonstrirten Gummihandschuhe zur Vermeidung der Färbung der Finger bei Spülungen mit Kal. hypermangan. und Argentum und zur Untersuchung von Sklerosen, von luesverdächtigen Frauen etc.

Dieselben sind auch für die Pat. mit Handekzemen, welche ihre Thätigkeit nicht aufgeben können, sehr brauchbar (Ref.).

Jadassohn (Bern).

---

8) **P. G. Unna.** Wie fixirt man starkwirkende Medikamente am Ellbogen und Knie?

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 11.)

Um an Ellbogen und Knieen Medikamente genügend zu fixiren, trägt U. gut klebenden Zinkleim auf den Streckseiten ober- und unterhalb der Gelenke dick auf, so dass nur die erkrankten Hautstellen der Gelenke frei bleiben, fügt 2 um die Extremitäten laufende, 5 cm breite Streifen hinzu, legt den betreffenden Pflastermull auf die kranke Hautstelle, überleimt ihn, bindet, ehe der Leim ganz erstarrt ist, mit einer Mullbinde in 8 Touren ein, so dass die Beuge frei bleibt, überleimt nochmals und wattirt. Ein solcher Verband fixirt das Pflaster (oder andere Stoffe) fest auf der kranken Stelle.

Jadassohn (Bern).

---

9) **Troplowitz.** Liantral, ein reines Steinkohlentheerextrakt.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 3.)

Der Steinkohlentheer wird in immer größerem Umfang in der Dermatotherapie angewendet. Der Verf. hat ihn von seinen schädlichen oder unnützen Beimengungen gereinigt. — Das von Beiersdorf & Co. in den Handel gebrachte, Liantral genannte Präparat wird als Öl (10%), als Tinktur (10% mit Spiritus aethereus) als Filmogen (10—20%) etc. angewendet.

Jadassohn (Bern).

---

10) **P. G. Unna.** Sapo cutifricius.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 1.)

Zum »Schleifen« der Haut bei Acne, bei Narben etc. empfiehlt U. statt des vielfach benutzten feinen Sandes, statt des früher von ihm selbst verwendeten feinen Marmors eine Seife, deren Zusammensetzung er folgendermaßen angiebt: Sapon. unguinosi 40; Cremoris gelanthi 10; Pulveris pumicis 50. Dieser Sapo cutifricius hat sich ihm als das beste Mittel in dem angegebenen Sinne bewährt.

Jadassohn (Bern).

---

11) **Pelagati.** Über Salbenleime.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 2.)

P. hat versucht, dem Zinkleim eine fettige Substanz beizufügen, um dadurch das Eindringen der Medikamente zu befördern. Er empfiehlt folgende Formel: Weißer Zinkleim 30,0; Glycerin 20,0; Wasser 50,0; reinstes Lanolin 48,0; Zinkoxyd 20,0. Der Schmelzpunkt dieser Masse liegt zwischen 32 und 40°, der Härtungspunkt zwischen 29 und 38° C. Der Salbenleim, dem Hg, Resorcin, Salicylsäure, Minium, Zinnober etc. mit dem Lanolin zugesetzt werden können, wird nach Auflösung im Wasserbade in dünner Schicht aufgepinselt, dann mit großen Mengen Lykopodium gepudert — er ist dann nach 5 Minuten trocken und löst sich nach 3 Tagen in einem Stück ab. Er wird sehr gut vertragen, und die Medikamente wirken in ihm kräftig. Dazu kommt die Billigkeit und der geringe Verbrauch des Präparats.

Jadassohn (Bern).

---

12) **Gjiselmann** (Batavia). Über Anwendung der Kakodylsäure in der Behandlung von Hautkrankheiten, namentlich der Psoriasis vulgaris.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 14.)

Verf. empfiehlt die Kakodylsäure, ein organisches Arsenpräparat (Dimethylarsensäure), als gutes Antipsoriaticum, ohne derselben besondere Vorzüge vor den anderen Arsenpräparaten vindiciren zu wollen. Dagegen schien dieselbe bei Lichen ruber planus bei subkutaner Darreichung eine günstigere Heilwirkung zu äußern. Die Injektionen wurden meist intramuskulär in die Nates gemacht, in manchen Fällen abwechselnd mit subkutanen Injektionen in den Oberarm, da Verf. bei dieser abwechselnden Anwendung Schwinden der Psoriasis beobachtet zu haben glaubt. 13 aus der dermatologischen Abtheilung der Wiener allgemeinen Klinik (Prof. Rille) mitgetheilte Krankengeschichten sind beigefügt.

Hübener (Dresden).

---

13) **C. Beck.** Dermatotherapeutische Erfahrungen mit »Unguentum caseini cum liantral«.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 9.)

Trotz seines Gehalts an Theer (10%) wird das Ungu. caseini cum liantral selbst von entzündeter und stark nässender Haut vertragen. Außer bei Ekzemen hat es speciell bei Prurigo eine sehr günstige Wirkung entfaltet. **Jadassohn** (Bern).

---

14) **F. Comte** (Lyon). L'atrésie du méat urétral et le phimosis, causes du rétrécissement vrai de l'urètre.

(Arch. provinc. de chir. 1899. No. 3. u. 4.)

Verf. tritt, gestützt auf vier eigene und mehrere in der Litteratur unbeachtet gebliebene Fälle, der Lehre von Guyon entgegen, dass die entzündlichen Verengerungen der Harnröhre stets und ausschließlich gonorrhoischer Natur seien. Ein verengtes Orificium externum urethrae mit oder ohne Phimose führt gelegentlich zu Störungen in der Urinentleerung, zu Stauung hinter der Enge entweder in der Harnröhre oder zwischen Vorhaut und Eichel und dadurch zu oberflächlichen Schleimhautläsionen. Aus diesen kann sich, oft unbemerkt, eine Urethritis und weiterhin eine Striktur entwickeln. Ref. hat ähnliche Beobachtungen gemacht. Man ist, sehr zu seinem Schaden, leicht geneigt, hinter einer am äußeren Orificium sitzenden Verengerung nach deren Spaltung eine normale, wenn auch dilatirte Harnröhre zu erwarten und findet dann blasenwärts eine zweite Striktur, für welche die C.'sche Genese sehr plausibel ist. Die äußere Atresie ist nach des Ref. Erfahrung manchmal auf eine mangelhaft ausgeführte Phimosenoperation zurückzuführen. Wenn bei der einfachen Incision das Präputium nicht gründlich von der Glans abgelöst wurde, so kommt es zu Missstaltung der letzteren und zu narbiger Stenose der Harnröhre durch Schrumpfung des incidirten Präputiums. **P. Stolper** (Breslau).

---

15) **E. H. Fenwick.** Clinical notes upon the rectal contour and consistence of a thousand prostate glands.

(Brit. med. journ. 1899. Februar 18.)

Die häufigen Meinungsverschiedenheiten über den Zustand der Prostata bei der Digitaluntersuchung durch den Mastdarm erklären sich einestheils daraus, dass wir selten Veranlassung nehmen, bei gesunder Prostata zu palpiren, anderentheils aus dem Wechsel, dem die Gestalt und Form der Prostata bei verschiedener Körperstellung, in der Narkose, bei wechselnder Ausdehnung der Harnblase etc. unterworfen ist. Auch durch den Levator ani, durch Schwellung der Mastdarmschleimhaut, durch eine mangelhaft entleerte atonische Blase wird der Zustand der Prostata häufig einen wechselnden Befund aufweisen. Die Wichtigkeit genauer Untersuchung der Prostata besonders in Bezug auf Diagnose und Behandlung von Urogenital-

leiden, speciell der Urogenitaltuberkulose, hat F. veranlasst, seit vielen Jahren die Untersuchung der Prostata besonders auszubilden und sorgfältig zu üben. Die Untersuchung soll bei entleerter Blase und in rechtwinkliger Vornüberbeugung des Pat. über einen Tisch oder Stuhl vorgenommen werden. Besonders wichtig ist die Orientirung über beide Prostatalappen und die sie verbindende seichte Furche; oberhalb dieser ist die glatte und weiche Blasenmuskulatur zu fühlen, während die Samenbläschen meist nur bei Erkrankung deutlich abgezeichnet sind. Nach F.'s Beobachtung kann nun gerade bei der Urogenitaltuberkulose in ca. 58% schon bei der ersten Digitaluntersuchung ein tuberkulöser Herd nachgewiesen werden. Die Form, welche dabei die Prostata zeigt, ist wechselnd. In etwa 3% fand F. eine kleinhöckrige, schrotkornartige Beschaffenheit ihrer ganzen Oberfläche, in 5% etwa eine massive Induration der ganzen Prostata (als Anzeichen einer sekundären septischen Infektion). Am häufigsten (ca. 62%) hat F. einen unregelmäßigen Knoten von der Größe eines Kirschkerns und etwas größer in die Substanz eines Lappens eingelagert gefunden; die Konsistenz war fest, aber nicht steinhart. — In therapeutischer Beziehung warnt F. in den Fällen der Urogenitaltuberkulose vor Blasenspülungen, Sondirungen und sonstigen Eingriffen und betont, dass gerade das Auffinden eines Knotens in der Prostata uns die Diagnose erleichtern und vor schädlichen weiteren Eingriffen zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken bewahren kann.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

16) **J. de Keesmaecker.** Hämospermie.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 3.)

K. kommt auf Grund von 9 genau untersuchten Fällen von Hämospermie zu dem Schluss, dass das Blut bei der Hämospermie in der Regel aus der Prostata stammt. Zweifellos kann bei akuten Entzündungen der Sexualorgane der Ort der Blutung ein anderer sein und wird sich dann durch eine genaue Untersuchung nachweisen lassen. Nie hat K. die Hämospermie als Symptom der Spermatocystitis beobachtet. Zur Stellung der Diagnose über den Sitz der Blutung genügt weder die Zweigläserprobe noch die endoskopische Untersuchung, noch auch die digitale Untersuchung vom Mastdarm aus. Nach den Erfahrungen K.'s ist es nöthig, die Prostata zu massiren und dann in ein drittes Glas uriniren zu lassen. Man erhält dann unter Umständen blutigen Prostatasaft, der auf eine Prostatitis haemorrhagica hinweist.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

17) **Kapsammer.** Über ausdrückbare Blase.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 21.)

Was die Bedingungen anlangt, unter denen die Blase ausdrückbar ist, so ist im Allgemeinen eine Parese des Sphincter internus als conditio sine qua non anzusehen. Diese Parese kann bedingt sein einer-

seits durch Erkrankungen des Centralnervensystems oder der peripheren Nerven, andererseits durch anatomische Veränderungen bei gesundem Nevensystem. Als solche kommen in Betracht: Ulcerationen in der Gegend des Sphincter internus, Prostataatrophie und Hypertrophie und auch noch mangelhafte Entwicklung des Sphinkters, z. B. bei Enuresis nocturna. In diesem Falle kann die Möglichkeit des Ausdrückens eventuell von differential-diagnostischer Bedeutung sein. Ist die Blase bei Enuresis nocturna ausdrückbar, so besteht eine angeborene Schwäche des Sphinkters; ist sie es nicht, so handelt es sich um Koordinationsstörungen des Detrusors und Sphinkters.

Bei Prostatahypertrophie kann die Ausdrückbarkeit bedingt sein durch die Druckatrophie der glatten Muskelfasern (Socin und Dittel), andererseits durch die Insufficienz der gesammten Blasenmuskulatur, die in Folge Überdehnung entsteht. Auf gleicher Basis kann eine ausdrückbare Blase auch bei chronischer Cystitis vorkommen.

Sehr häufig ist die Sphinkterparese vergesellschaftet mit einer Detrusorparese. Die klassischen Fälle von ausdrückbarer Blase erfordern sogar eine solche. Denn wenn der Detrusor bei einer Sphinkterparese normal funktionirt, wird die Blase nur schwer die Kapacität gewinnen, bei der Ausdrückbarkeit möglich ist.

Auf Grund der mechanischen Verhältnisse, die des genaueren aus einander gesetzt werden, ist es nicht möglich, durch Ausdrücken die Blase vollkommen zu entleeren, es blieb bei K.'s Versuchen stets ein Rest von 300—400 ccm zurück, der durch Entnahme mit dem Katheter gemessen wurde. **Hübener** (Dresden).

---

18) **Bruni** (Carmelo). Il cystoscopio e le sue applicasioni.
Milano, **Vallardi,** 1899.

In seiner fleißigen Arbeit legt Verf., ein Schüler Guyon's, seine Erfahrungen nieder, die er auf dem Gebiete der Cystoskopie gesammelt hat. Nach einer sehr genauen Berücksichtigung aller Arbeiten, sowohl der französischen als der deutschen Litteratur, giebt Verf. in klarer Übersicht alle Details wieder, die die Handhabung der Cystoskopie dem angehenden Arzt und dem jungen Specialisten auf das genaueste ermöglichen. Es werden zuerst die Cystoskope besprochen, und nach einer genauen Würdigung des vielen Guten, das besonders von Nitze, Casper, Albarran auf diesem Gebiet geleistet worden ist, empfiehlt Verf. besonders das neue Cystoskop von Boisseau du Rocher, dessen leichte Sterilisirbarkeit und die Größe des Gesichtsfeldes besonders gerühmt werden. In dem folgenden Kapitel, über Anästhesie und Antisepsis, und über die Technik, sind die große Klarheit und die elegante Kürze besonders hervorzuheben. Ziemlich eingehend ist die Besprechung der Diagnose von Geschwülsten und entzündlichen Zuständen der Blase. In dem vorletzten Kapitel erläutert Verf. ziemlich gründlich die Technik des Harnleiterkatheterismus; bei der Würdigung desselben spricht er den

Wunsch aus, derselbe sollte vor jeder Nierenoperation versucht werden; denn seine Unterlassung könne größeres Unheil stiften als die Ausführung selbst. Verf., der die Vortheile des Casper'schen Instruments nicht verkennt, empfiehlt für den Harnleiterkatheterismus das Cystoskop von Albarran.

Als Schlusskapitel wird ziemlich knapp die operative Cystoskopie besprochen.

Im Grunde genommen ist die vorliegende Arbeit die eines tüchtigen Fachmannes, und man darf dem kleinen Buch wegen seines großen didaktischen Werthes guten Empfang in der italiänischen Litteratur wünschen, der bis jetzt ein solches specialistisches Werk fehlte. **Capaldi** (Neapel).

---

19) **F. Berndt.** Experimentelle Untersuchungen über Harnblasenruptur.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 4.)

Die vorliegende interessante Arbeit enthält die Resultate von Leichenexperimenten und mathematischen Betrachtungen, welche B. besonders über die Entstehung der Blasenrisse angestellt hat. Vor Allem handelt es sich für den Verf. darum, zu bestimmen, an welchen Stellen des Organs die Berstung je nach der Verschiedenartigkeit der einwirkenden Gewalt eintreten wird. So entwickelt er denn ziemlich bestimmt die Theorien, wo immer extraperitoneal oder intraperitoneal der Riss entstehen wird. Dabei kommt natürlicherweise ein meist unbekannter Faktor in Betracht, nämlich die Widerstandsfähigkeit einzelner Blasenpartien. Sonst spielen noch eine wesentliche Rolle die Füllung der Harnblase, der Schutz, den das gedehnte Organ von Seiten der benachbarten Darmschlingen, vom Beckenboden und den Knochen des Beckens erfährt. Die Leichenversuche stimmen übrigens nach des Verf. eigener Angabe nicht ganz bezüglich der Häufigkeit des Sitzes mit den klinischen Erfahrungen überein. Dies hat indess nur in der Versuchsanordnung seinen Grund.

B. bespricht noch die Möglichkeit der Diagnose der Blasenrisse gegenüber Blutungen und Zerreißungen der Nieren und Harnröhre und beansprucht für eine günstige Prognose der Verletzung nicht nur rasches, sondern auch systematisches Handeln. Der zweckmäßigste Eingriff, der am raschesten über die Art und den Sitz der Blasenverletzung orientirt, ist die Sectio alta. Die Blase ist am besten durch die folgende Naht vor Infektion zu schützen. Tamponade der Wunden ist sehr rathsam. Intraperitoneale Risse behandelt man so, dass man das Bauchfell ablöst und so den Riss in einen extraperitonealen verwandelt (nach Bardenheuer). Die Aussichten auf Heilung hängen wohl wesentlich davon ab, ob schon eine weit fortgeschrittene Urininfiltration und Infektion der Harn- und Blutmengen zur Zeit des Eingriffs besteht. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

20) **T. Jonnesco.** Cystorrhaphie primitive. Nouveau procédé opératoire.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 2.)

Die neue Blasennaht von J., die er nach dem hohen Steinschnitt empfiehlt und »dachziegelförmige« (»par imbrication«) Naht nennt, besteht aus folgenden Zeiten: 1) Von dem einen Wundrand des Blasenschnitts werden Schleimhaut und Muscularis in einer Ausdehnung von $^1/_2$—2 cm getrennt, der abgelöste Mucosalappen resecirt und dann die beiden Schleimhautränder der Incision mit Katgut vernäht. 2) Der Muskellappen wird über die Schleimhautnaht gelegt und durch 3 Nahtreihen an die Blase fixirt; eine U-förmige Naht, welche die Wurzel des Lappens mit den Lippen der Blasenwunde vereinigt, eine zweite Naht, die den freien Rand des Lappens an die Blase heftet und eine dritte Naht, welche die Schleimhautpartie des Lappens mit der Blasenwand verbindet. Durch diese dreifache Naht ist der Parallelismus zwischen Schleimhaut- und Blasenmuskelwunden aufgehoben und die Möglichkeit einer Urininfiltration angeblich ausgeschlossen.

Außer in zahlreichen Thierversuchen hat sich J. die neue Naht in 8 Fällen beim Menschen glänzend bewährt. **Jaffé** (Hamburg).

---

21) **E. Juvara** und **J. Balacescu.** Eine neue Methode der Cystorrhaphie durch Überdachung.

(Wiener klin. Rundschau 1898. No. 40 u. 41.)

Da es sich um eine neue — übrigens nur am Hunde erprobte — Methode handelt, so sei auf die Arbeit hierdurch hingewiesen. Auf eine referirende Wiedergabe der Methode muss Ref. verzichten, da sie ihm trotz sorgfältigsten Studiums unklar geblieben ist. Ref. hofft, dass ihm nicht Mangel an Scharfsinn vorgeworfen werde, da es auch Anderen misslungen ist, in die Geheimnisse der Beschreibung einzudringen. **Grisson** (Hamburg).

---

22) **T. Wikerhauser.** Über Epicystotomie.

(Liečnički viestnik 1899. No. 4. [Kroatisch.])

W. bespricht seine Erfahrungen, die er bei ca. 100 Fällen von Epicystotomien aus verschiedenen Indikationen gesammelt hat.

Die Operation wird in tiefer Narkose oder auch mit Schleich-scher Analgesie ausgeführt. Das Hauptgewicht legt W. darauf, dass vor Eröffnung der Blase der prävesikale Raum genau mit Jodoformgaze austamponirt wird; er hat in Folge dessen in den letzten Jahren keine Phlegmone des Beckenbindegewebes mehr gesehen.

Die Blasennaht nimmt Verf. in der Weise vor, dass er zuerst alle Nähte, in der unteren Wundecke beginnend, anlegt und darauf erst knüpft. Sobald er sich durch Anfüllung der Blase mit Borsäurelösung überzeugt hat, dass die Naht dicht ist, wird die Tamponade

des prävesikalen Raums entfernt und durch leichte Jodoformgaze-drainage ersetzt. Gewöhnlich wird ein Verweilkatheter durch die Urethra eingelegt, jugendliche Pat. bleiben oft auch ohne diesen und müssen 2stündlich zum spontanen Uriniren angehalten werden. Sind die Ränder der Blase stark gequetscht (bei schwieriger Steinextraktion), oder besteht eine schwere Blasenerkrankung, so wird, eben so bei flächenhaft angewachsenen oder inoperablen Tumoren, die Blasenwunde so viel als möglich verkleinert, die Umgebung mit Jodoformgaze tamponirt, darauf Verweilkatheter durch die Urethra oder durch die Bauchwunde in die Blase ein Dittel'sches Knierohr oder dicker Nélatonkatheter eingelegt, der durch eine Naht an die Bauchwand fixirt wird. Zu diesem Zweck wird auch die Blase, ohne sie theilweise zu nähen, rechts und links durch je eine Naht an die Bauchnaht festgenäht.

Von schlimmen Zufällen erwähnt W. die Perforation der vorderen Blasenwand durch die Leitsonde bei malakischen und fest kontrahirten Blasen. In einem solchen Falle lässt sich die Blase schwer emporziehen, und kann Infektion des prävesikalen Raums eintreten, bevor derselbe durch Tamponade geschützt werden kann. Verletzungen des Peritoneums müssen sofort durch Naht verschlossen werden. Blutungen aus der Blase und Verletzungen der Schleimhaut bei schwieriger Steinextraktion verlangen manchmal Tamponade der Blase, welche aber nicht zu fest sein darf.

In der Nachbehandlung können Blasenblutungen auftreten, welche sogar zur Ischurie führen (ein Fall beobachtet); in einem solchen Falle muss die Blase wieder eröffnet und, falls die Quelle der Blutung nicht aufzufinden ist, die Blase tamponirt werden. Die Drainage des prävesikalen Raums wird succesive gelüftet und entfernt, sobald der ganze Raum granulirt. Bildet sich eine Urinfistel am Bauch, so kann dieselbe gewöhnlich durch Einlegung eines Verweilkatheters in die Urethra beseitigt werden; führt dies nicht zum Ziel, so muss die Fistel ausgeschabt werden; oder man eröffnet wieder die Narbe, excidirt die Fistel und tamponirt. Phlegmone des Beckenbindegewebes werden durch gute Drainage, fleißigen Verbandwechsel und Bauchlage der Pat. bekämpft.

Verf., der ein absoluter Anhänger des hohen Blasenschnitts ist, sieht die Operation als ganz ungefährlich an; der Erfolg wird nur hier und da durch verschiedene Komplikationen der Krankheit vereitelt. Heut zu Tage darf man die Blase öfters, um sie palliativ zu drainiren, sogar auch nur explorativ eröffnen, ohne dem Kranken zu schaden, man kann dann auch auf einige Zeit die Schmerzen lindern, an denen jeder Blasenkranke leidet.

v. Cačković (Agram).

---

23) A. Rothschild. Experimentelle Untersuchungen über die Grenzen der cystoskopischen Diagnose renaler Pyurien und Hämaturien.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 5.)

Mit Hilfe der Posner'schen Transparenzbestimmungen hat R. experimentell die Frage untersucht, welche Stärke Eiter und Blutbeimengungen zum Urin etwa haben müssen, um noch cystoskopisch nachweisbar zu sein. Er ist zu dem Resultat gekommen, dass die Cystoskopie versagt zur Erkennung leichterer bis mittelschwerer katarrhalischer Eiterungen aus dem Nierenbecken, d. h. dass sehr wohl ein leicht trüber Urin aus einem Nierenbecken abfließen kann, ohne dass diese Trübung des Ureterurins cystoskopisch sichtbar ist. Eben so entgehen gewisse stärkere Verdünnungen beigemischten Bluts (D = 16) der Erkennung durch das Cystoskop.

Eine praktische Rolle für die Indikationsstellung des Chirurgen zu Operationen spielen diese dem Cystoskop entgehenden Trübungen und Blutbeimischungen jedoch nicht. F. Krumm (Karlsruhe).

---

24) Pousson (Bordeaux). Des phénomènes congestifs dans la pathogénie des hémorrhagies.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 590.)

P. macht darauf aufmerksam, dass es sich in den Fällen von scheinbar spontaner Hämaturie oft um chronisch interstitielle Nephritis handelt. Die mikroskopische Untersuchung zweier wegen profuser Nierenblutungen exstirpirter Nieren zeigte das Vorhandensein entzündlicher Herde in der Nierenrinde ohne jede sonstige Veränderung.

Der eine, ausführlich mitgetheilte Fall betraf eine 23jährige Frau, welche, von ganz geringfügigen Schmerzen beim Uriniren in ihrem 18. Lebensjahre abgesehen, früher stets gesund gewesen war, seit 1/4 Jahr aber an profuser Hämaturie, verbunden mit zeitweiser Retention großer Coagula in der Harnblase und heftigen Schmerzen litt. Die Cystoskopie zeigte die Blasenschleimhaut blass, ohne wesentliche Veränderung. Aus der normal aussehenden Mündung des linken Harnleiters entleerte sich klarer Urin; hingegen waren die Lippen der Mündung des rechten Harnleiters ödematös geschwollen; der austretende Urin war röthlich gefärbt. — Bei der Operation fand sich die rechte Niere voluminös, kongestionirt; die Rinde zeigte nach dem Einschnitt keine gleichmäßige Färbung, sondern an einigen Stellen eine fleckige, dunkle Röthung, stellenweise Ekchymosirung, an anderen ein blasses, blutleeres Aussehen. P. exstirpirte die Niere und erzielte Heilung.

In der Diskussion erwähnt Poirier einen von ihm operirten Fall, in welchem 3 Monate nach der Nephrektomie der Tod unter Erscheinungen von Asthma eintrat. Seiner Ansicht nach besteht in solchen Fällen von Hämaturie, bei denen man bei der Nephrotomie makroskopisch die Zeichen einer chronischen Nephritis findet, stets die Befürchtung, dass auch die zweite Niere krank ist. Er warnt desshalb vor der Nephrektomie. Das Gleiche that Piqué; er empfiehlt

unter Mittheilung einer einschlägigen Beobachtung die einfache Nephrotomie. — Nimier sah nach linksseitiger Nierenexstirpation die Hämaturie weiter bestehen — die Operation war an der linken Seite vorgenommen, da hier 5 Jahre vorher ein Trauma stattgefunden hatte —; auch fand man an der linken Niere entzündliche Veränderungen. — Reynier ist der Ansicht, dass es sich in den in Rede stehenden Fällen stets um beginnende Nierentuberkulose handle, die frühe Nierenexstirpation desshalb gerade am Platze sei. In 3 von ihm operirten Fällen fand er stets tuberkulöse Veränderungen. (Die anderen Autoren hatten aber keine Tuberkulose in ihren Fällen trotz darauf gerichteter Aufmerksamkeit finden können. Ref.)

Reichel (Chemnitz).

---

25) **B. Floderus.** Om höggradig renal hematuri vid makroskopiskt oförändrade njurar.

(Upsala Läkare100fören. Förhandl. N. F. Bd. IV. p. 233.)

Verf. hat in der Klinik Lennander's einen Fall von renaler Hämaturie bei makroskopisch unveränderten Nieren beobachtet. Der Fall veranlasste ihn, die von Lennander exstirpirte Niere mikroskopisch zu untersuchen, und es zeigte sich dann, dass eine disseminirte sklerosirende Glomerulitis mit auch in dem anliegenden Bindegewebe fortschreitender Sklerosirung und, freilich in geringer Ausdehnung, fettige Degeneration und Atrophie des Epithels, vorlag.

Durch die Befunde dieses Falles veranlasst, hat Verf. sich vorgenommen, eingehende Studien der bisher veröffentlichten sogenannten essentiellen Nierenblutungen zu machen. Er theilt dieselben in folgende 5 Gruppen ein:

1) Nierenblutungen bei Hämophilie,

2) durch vasomotorische Störungen hervorgerufene Nierenblutungen,

3) Nierenblutungen aus mechanischen Ursachen,

4) Blutungen aus Nieren, die der Sitz nephritischer Processe sind,

5) unvollständig beschriebene Fälle von essentieller Nierenblutung.

Verf. bedauert, dass eine eingehende Beschreibung der meisten bisher veröffentlichten Fälle gänzlich fehlt. Darum müsse eigentlich die letzte Gruppe die meisten Fälle der 4 anderen umfassen. Die Resultate seiner Kritik der Fälle der Litteratur scheinen ihm die Behauptung zuzulassen, dass kaum in einem einzigen Falle die Integrität der blutenden Niere histologisch konstatirt worden ist.

Nach diesen litterarischen Auseinandersetzungen geht Verf. zur Erörterung der Behandlung über. Die zweckmäßigste Therapie scheint ihm folgende zu sein: In der ersten Zeit Bettliegen und diätetische Maßnahmen; tonisirende, vor Allem hydrotherapeutische Behandlung, vielleicht auch Suggestion. Wenn die interne Behandlung scheitert, darf man nicht — Hämophilie ausgenommen — mit der Operation zu lange zaudern, besonders wenn bösärtige Geschwülste oder Tuberkulose verdächtig sind.

Zuletzt giebt Verf. eine Übersicht der Resultate, welche bisher durch die einzelnen Operationen — Lumbalincision, Akupunktur, Nephropexie, Pelveotomie, Nephrotomie, explorative Resektion und Nephrektomie — gewonnen sind. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

---

26) **Büdinger.** Über Wanderniere.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 3.)

In dieser sehr gründlichen Arbeit sucht B. einige Fragen in der Lehre von der Wanderniere der Lösung näher zu bringen. Er stellt zunächst fest, dass die Ergebnisse von Leichenuntersuchungen in Bezug auf Lage und Beweglichkeit der Niere sehr wohl auf den lebenden Menschen übertragen werden können, da der Begriff des intraabdominalen Drucks, der angeblich im Leben die Verhältnisse anders gestalten soll als im Tode, hinfällig sei.

Über die normale Lage der Niere und ihre Beweglichkeit sind die Meinungen der Autoren außerordentlich verschieden. Über beide Fragen stellte B. an 60 Leichen sorgfältige Untersuchungen an und fand die Nieren 11mal fest, sonst mehr oder minder beweglich. Als Hauptbefestigungsmittel, als ein eigentliches Ligamentum suspensorium renis sieht er die Bindegewebsplatten an, welche von der Niere die Hinterseite der Renalgefäße umspinnt und theils in die Adventitia der Aorta, theils in die Fascie übergeht, welche die Pars lumbalis diaphragmatis überzieht. Erschlaffung dieser und des übrigen die Niere umgebenden Zellgewebes führt zur Wanderniere. Die Ursache dieser Erschlaffung ist in allgemeiner Schädigung des Organismus zu suchen; die Mobilisation wird unterstützt durch Hilfsagentien von den benachbarten Organen aus.

Zum Schluss werden noch Streiflichter auf die Operation der Wanderniere geworfen, wobei besonders auf die Wichtigkeit hingewiesen wird, den sackartigen Raum, in welchem die wandernde Niere nistet, zu eliminiren. **Haeckel** (Stettin).

---

27) **Strauch.** Über Myomektomie.

(Wratsch 1899. No. 21. [Russisch.])

Während der ersten Hälfte des März hatte S. Gelegenheit, 6 meist sehr interessante Myome zu operiren, alle mit Erfolg. Er richtet die Aufmerksamkeit auf seine Methode der supravaginalen Amputation: Die Geschwulst wird vor die Bauchwunde gewälzt, auf die Ligg. infundibulo-pelvica lateral eine kleine Klemmpincette, medial am Uterus eine größere bis zum Collum gelegt und nun mit der Schere von oben das Lig. dazwischen zerschnitten, bis die A. uterina spritzt und gefasst werden kann. Dann bildet man vorn einen Lappen aus dem Bauchfell, amputirt den Uterus, unterbindet die Aa. spermaticae, uterinae und Ligg. latorum mit Katgut und vernäht zum Schluss ununterbrochen die Blätter der Ligg. und den Lappen mit dem

Bauchfell hinten; so erhält man eine gerade frontale Nahtlinie. Die Blutung ist minimal, die Operation leicht.

Glückel (B. Karabulak, Saratow).

---

28) **W. A. Petrow.** Zur Technik der Operationen an den breiten Bändern.

(Wratsch 1899. No. 15. (Russisch.])

Es giebt 3 Methoden der Nachbehandlung nach Exstirpation von Geschwülsten aus den Ligg. lata: 1) Schröder nähte den Sack in die Bauchwand ein; 2) Lebedew legte auf die Wundflächen eine Tabaksbeutelnaht an; 3) drainirte man durch die Bauchwunde mit oder ohne Scheidendrainage. P. wandte 2mal eine eigene Methode an, die er warm empfiehlt für Fälle, wo das vordere oder hintere Blatt des Ligaments weit entfernt werden muss: er durchsticht auf der Seite der Wundfläche (also bei entferntem hinterem Blatt hinter dem Ligament) das Scheidengewölbe, legt einen Faden am oberen Rande des Ligaments an und zieht ihn zur Scheide hervor, schlägt also das Ligament um, so dass die obere und untere Hälfte der Wundfläche sich berühren. Der Rand des breiten Mutterbandes wird nun an die Wunde im Scheidengewölbe genäht. Jetzt bleibt in der Bauchhöhle keine Wundfläche zurück, und für den Fall einer Eiterung kann man durch die Scheide zur kranken Stelle gelangen. — Die eine Pat. ist 2 Jahre nach der Operation völlig gesund.

Glückel (B. Karabulak, Saratow).

---

29) **W. C. Wood.** Postpuerperal psoitis.

(Annals of surgery 1899. Februar.)

Verf. macht auf die akuten Vereiterungen des M. psoas im Anschluss an Erkrankungen des puerperalen Uterus aufmerksam, indem er ausführt, dass dieselben entstanden entweder durch Vereiterung von Hämatomen in der Substanz des stark bei einer schwierigen Geburt gequetschten und zerrissenen Muskels oder durch direktes Übergreifen der Beckenphlegmone auf den Muskel auch ohne dessen vorhergegangener Verletzung, oder schließlich durch Erkrankung desselben auf dem Wege der Lymph- oder Blutbahn. Wenn nun auch diese Erkrankungen in Bezug auf Symptomatologie und in Bezug auf ihre rationelle Therapie (Incision) nichts vor den ähnlichen Erkrankungen des Muskels auf Grund einer anderen Ätiologie voraus haben, so ist das Hauptgewicht darauf zu legen, dass thatsächlich diese Erkrankungen wahrscheinlich nicht so selten sind, obgleich bisher nur relativ wenig über sie berichtet worden ist. Diese tiefen Eiterungen werden eben leicht übersehen und können desshalb ungestört ihre verhängnisvolle Wirkung in Bezug auf eine Allgemeininfektion entfalten. Um so wichtiger ist es, dieselben zu kennen und von vorn herein auf ihre Entstehung zu achten. Verf. belegt diese Anschauung mit einer Reihe von Krankengeschichten.

Tietze (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

30) K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 17 u. 20.)

Sitzung vom 21. April 1899.

Matzenauer demonstrirt aus der Klinik von Hofrath Neumann einen Fall von Xeroderma pigmentosum. Seit der Beschreibung des Krankheitsbilds durch Kaposi 1870 sind insgesammt etwa 80 derartige Fälle bekannt geworden. Die Erkrankung beginnt stets in der frühesten Kindheit, häufig schon in den ersten Lebensmonaten mit dem Auftreten sommersprossenähnlicher Flecke, namentlich im Gesicht und an der Streckseite der Extremitäten, die später mitunter schwinden und weiße, narbig glänzende Flecke hinterlassen. Dazwischen entstehen punktförmige Gefäßektasien unter der Haut, die sich zu Angiomen oder zu einem Tumor cavernosus entwickeln können. Die weiteren Veränderungen der Haut bei den jugendlichen Individuen entsprechen dem Degenerationsprocess der Haut im höheren Alter, demnach einer Senilitas cutis praecox.

Des ferneren kommt es zu einer Gleichgewichtsstörung zwischen den epithelialen Gebilden und dem Bindegewebe, so dass wiederholt Carcinome, Sarkome, in einem Falle Pigmentsarkome und in einem jüngst von Hanke mitgetheilten Falle Peritheliome bei Xeroderma pigmentosum zur Beobachtung gelangten.

Bis auf einen von Kaposi mitgetheilten Fall, der das 60. Lebensjahr erreichte, endeten alle übrigen schon zwischen 14 und 22 Jahren.

Auch die vorgestellte Frau macht eine Ausnahme, sie ist 39 Jahre alt, macht aber den Eindruck einer 60jährigen Greisin. Pat. hatte beim Eintritt in die Klinik an der Nasenspitze ein Angiom und auf der linken Wange ein kleinnussgroßes Carcinom; beides wurde exstirpirt, das Carcinom recidivirte und machte eine nochmalige Operation erforderlich. Beschreibung der mikroskopischen Eigenthümlichkeiten der beiden Geschwülste.

Hochenegg demonstrirt eine 37 Jahre alte Pat., an welcher er wegen Sanduhrmagen die Gastroanastomose nach Wölfler ausgeführt hat.

Im 16. Lebensjahre zuerst Erbrechen, das sich im Lauf der Jahre steigerte und hauptsächlich zur Zeit der Menses eintrat. Seit 5 Jahren trat Erbrechen täglich, letzthin mehrmals am Tage auf; nur Flüssigkeiten konnten genommen werden. Das Körpergewicht sank auf 42 kg. Während der ganzen Zeit bestand als besonders quälendes Symptom ein unstillbares Durstgefühl, das Pat. zwang, große Mengen Wasser, bis 5 Liter am Tage, zu trinken. Niemals Blut im Erbrochenen. Der Pat. fiel auf, was als diagnostisch wichtig hervorzuheben ist, dass in der Regel das Erbrochene in zwei ganz different gefärbten und beschaffenen Portionen abging; und zwar wurde zuerst immer die genossene Speise in fast unverändertem Zustand ohne auffallenden Beigeschmack erbrochen, und dann erst in einer zweiten Portion, manchmal eine Stunde später, kamen dunkle Massen von bitterem, saurem Geschmack.

Pat. bot folgende auffallende Verhältnisse:

In der Rückenlage war in der Mittellinie eine undeutlich begrenzte, schwache Hervorwölbung knapp unter dem Schwertfortsatz zu konstatiren, an der eine starke Pulsation auffallend war. Unter dem Nabel war die Pulsation erst bei tiefem Eindrücken zu fühlen. In der Oberbauchgegend hat man den Eindruck, als ob den Bauchdecken die Aorta unmittelbar anliegen müsse und als wenn diese durch die besonders stark lordotisch gekrümmte, überdies noch besonders massige Wirbelsäule an die Bauchdecken herangedrückt erhalten würde.

Auf Grund dieses auffallenden Befunds war von anderer Seite die Diagnose auf Aortenaneurysma, von einem dritten Kollegen auf Geschwulst der Wirbelkörper gestellt worden. Auf beiden Seiten war jederseits ein schwappender Sack

fühlbar. Dabei gelang es nicht ohne Weiteres, den linksseitigen gegen den rechtsseitigen zu entleeren, sondern es konnte nur eine allmähliche Verkleinerung durch Druck erzielt werden. Es wurde mit Wahrscheinlichkeit Sanduhrmagen angenommen.

Die Operation zeigte zunächst den pyloruswärts gelegenen Magentheil hochgradig gedehnt, daneben strangförmige Verwachsungen zwischen Magen und Gallenblase, die stumpf durchtrennt wurden. Dabei erwies sich bei genauer Besichtigung der Pylorus als vollkommen normal. Dagegen erschien der Magen durch eine tiefe, gerade in der Mitte verlaufende Kerbe in zwei fast symmetrisch gelagerte und gleich große Hälften getheilt, die nur durch einen kaum kleinfingerdicken, 3 cm langen Strang mit einander in Verbindung standen. Der Strang lag gerade in der Mitte oberhalb der Aorta und der plumpen Wirbelkörper, während die beiden Magenhälften in den beiden Gruben zur Seite der Wirbelsäule Platz fanden. Gastroanastomose nach Wölfler in breiter Ausdehnung. Interessant war dabei die Verschiedenheit des Mageninhalts; im Cardiamagen reine Spülflüssigkeit, im Pylorusmagen missfarbener Speisebrei. Glatter Verlauf. Gewichtszunahme von 16 Pfund in 4 Wochen. Vollständiges Verschwinden des quälenden Durstgefühls.

Was die Entstehungsursache des Leidens anlangt, so war es nicht angeboren, sondern entwickelte sich erst seit dem 16. Lebensjahre. Die eigenthümliche Beschaffenheit der Wirbelkörper und die starke Prominenz gegen die Bauchseite waren wohl in so fern ein veranlassendes Moment für die Entstehung des Sanduhrmagens, als der Magen hierdurch zwischen Wirbelsäule bezw. Aorta und straffe Bauchmuskeln gedrückt und so dermaßen komprimirt wurde, dass sich entsprechend dieser Stelle eine quere Zone mit höchst ungünstigen Cirkulationsverhältnissen befand, wodurch die Entwicklung von Geschwüren und narbiger Schrumpfung eingeleitet worden sein mag.

Die starke Aufblähung des Pylorustheils bei normalem Pylorus ist wohl darauf zurückzuführen, dass ebenfalls das Duodenum durch Aorta und Wirbelsäule fest gegen die Bauchdecken komprimirt wurde, unterstützt durch den Druck des Korsetts und der daselbst gebundenen Röcke.

Sitzung vom 12. Mai 1899.

Hochenegg demonstrirt einen durch Operation geheilten Fall von Ruptur der Gallenblase in die Peritonealhöhle. (Erscheint demnächst ausführlich.)

Fabricius berichtet über 3 Beobachtungen von Perforation der Gallenblase in die Umgebung.

Der 1. Fall betraf eine 60 Jahre alte Pat. In der Gegend des Nabels über mannsfaustgroße Geschwulst bis zum Proc. xiphoideus reichend. An der rechten Seite der Geschwulst entsprechend der Gallenblase in der Tiefe eine zweite, härtere Geschwulst zu fühlen. Die Incision entleerte etwa 100 ccm Eiter, eine Kommunikation mit der Gallenblase wurde erst später gefunden und die Fistel geöffnet. Es entleerten sich große Mengen Eiter und Gallensteine. Etwa 6 Wochen darauf wiederholte sich die Entleerung von Eiter mit Gallensteinen.

Im 2. Falle wies die 40 Jahre alte Pat. eine harte, den Bauchdecken angehörige Geschwulst auf, die von der Gallenblasengegend bis fast an die Symphyse reichte. Dieselbe wurde als Fibrom der Bauchdecken angesprochen. Die Operation ergab ein schwieliges, entzündliches Gewebe, das mit den Bauchdecken fest verwachsen war. Als die entfernte Geschwulst aufgeschnitten wurde, fand sich in ihrer Mitte ein mit einer pyogenen Membran ausgekleideter Kanal, welcher ungefähr daumendick war und einige Gallensteine enthielt.

Einen 3. Fall sah er 1887 in Wölfler's Klinik. Dort handelte es sich um einen großen, die ganze Rectusscheide erfüllenden Abscess. Als dieser incidirt wurde, gingen neben dem Eiter auch Gallensteine ab.

Zu Hochenegg's Bemerkung über den Kugelverschluss der Gallenblase durch Gallensteine bemerkt F., dass, wenn Hochenegg's Erklärung richtig

wäre, man in der stark gefüllten und erweiterten Gallenblase häufiger Galle finden müsste. Für gewöhnlich aber fände man klaren oder eitrig getrübten Schleim oder weißen Eiter. Den gegen den Ausführungsgang der Gallenblase zu gelegenen Stein, der manchmal völlig eingewachsen sei, bringe man oft nur mit schwerer Mühe heraus. In einigen Fällen sind die Konkremente frei beweglich und machen, wenn sie klein sind, keine besonderen Beschwerden. F. erklärt sich den Vorgang folgendermaßen:

Die Gallensteine bedingen eine gewisse Schleimabsonderung; legt sich nun ein früher frei beweglicher Stein vor den Ductus cysticus, so ist der Schleimabfluss behindert. Je mehr Schleim abgesondert wird, um so fester wird der Stein eingezwängt, um so stärker auch der Druck in der Gallenblase, so dass Galle jetzt nicht mehr eindringen kann. Incidirt man nun eine solche prall gefüllte Blase oder reißt dieselbe plötzlich ein, dann sinkt in dieser der Druck auf Null, der eingeklemmte Stein wird in manchen Fällen frei, und nun kann auch wieder Galle in die Blase einströmen. **Hübener** (Dresden).

---

31) Wissenschaftliche Ärztegesellschaft in Innsbruck.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 20.)

Sitzung vom 28. Januar 1899.

Rille demonstrirt einen 9jährigen Knaben mit Xeroderma pigmentosum, einen der von v. Lucasiewicz 1896 genauer beschriebenen Fälle.

Besonders bemerkenswerth ist an demselben das vollständige Fehlen der bei allen anderen Beobachtungen verzeichneten Teleangiektasien.

v. Hacker stellt folgende Fälle aus seiner Klinik vor.

1) Einen Mann, bei dem er wegen einer veralteten subkutanen Supinationsluxation im linken Talocruralgelenk mit Erfolg die Exstirpation des Talus ausgeführt hat.

2) Eine Frau, bei welcher derselbe wegen einer veralteten subkutanen isolirten Talusluxation nach außen die blutige Reposition des Talus mit gutem Resultat gemacht hat.

Zur Operation wurde beide Male ein bogenförmiger Schnitt an der äußeren Seite der Extensorensehnen gemacht.

Beim Mann, der die Verletzung vor einem Jahre erlitt, wurde nach Misslingen des Repositionsversuchs sofort die Exstirpation des Talus gemacht, mit Rücksicht auf eine seit Kindheit bestehende Verkürzung des anderen Beins, um 4 cm. Nach subperiostaler Resektion eines Stücks des äußeren Knöchels legte sich der Calcaneus gut in die Gelenkhöhle. Verlauf p. op. reaktionslos.

Bei der Frau erwies sich der Talus als isolirt luxirt, und zwar unvollständig (Unfall vor 4 Monaten). Nach Entfernung der die Lücke oberhalb des Naviculare ausfüllenden Kapselreste, von Fett und derbem Bindegewebe konnte die Lücke mit der aufgesperrten Zange erweitert, die Tenotomie der Achillessehne, eine temporäre Osteotomie des äußeren Knöchels vorgenommen und eine Silberdrahtnaht durch Taluskopf und Naviculare gelegt werden.

Auch in diesem Falle erfolgte bis auf die Ausstoßung eines kleinen Splitters vom Malleolus externus glatte Heilung. Auch hier ist das Resultat kosmetisch und funktionell ein sehr gutes. In beiden Fällen ist deutliche Dorsal- und Plantarflexion, wenn auch jetzt noch in geringem Umfang möglich. Beide können gut mit einem Stock auftreten (der Mann nach 2, die Frau nach 3 Monaten).

v. H. ist kein Fall bekannt, in dem bisher bei einer veralteten Talusluxation die blutige Reposition gelungen wäre.

Er demonstrirt im Anschluss daran noch das Präparat einer frischen Talusluxation, das durch Unterschenkelamputation gewonnen wurde.

Hübener (Dresden).



32) **Horwitz.** Two cases of hypertrophy of the penis, one due to traumatism; the other to elephantiasis.

(Annals of surgery 1899. Februar.)

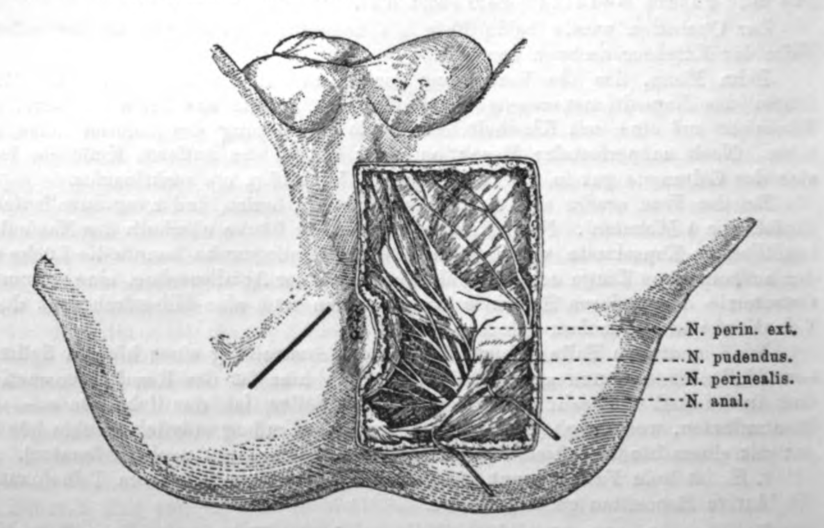
Während der eine der mitgetheilten Fälle ein typischer Fall von Elephantiasis des Gliedes bei einem Farbigen darstellte, verdient der andere in so fern eine besondere Beachtung, als es sich hierbei vielleicht um den Erfolg wiederholter Traumen handelte. Ein Akrobat, der sonst gesund, niemals venerisch afficirt gewesen war, war durch seinen Beruf zahlreichen Quetschungen seiner Genitalien ausgesetzt. Allmählich merkte er eine immer stärker werdende Vergrößerung des Penis bei mäßiger Wachsthumszunahme des Hodensacks. Er war gezwungen, unter seinem Trikot eine Art Panzer zu tragen, welcher den Penis in das Scrotum zurück und zwischen die Testikel drängte. Die Folge waren stärkere Insulte des Gliedes und weitere Wachsthumszunahme. Bei der Aufnahme präsentirte sich ein in sämmtlichen Dimensionen enorm vergrößertes Glied, an dessen Volumenszunahme entgegen dem gewöhnlichen Verhalten bei Elephantiasis auch die Corpora cavernosa und die Glans betheiligt waren. Die von dem Pat. gewünschte Amputation brauchte nicht vorgenommen zu werden, vielmehr gelang es durch Entfernung des Präputiums und weitere Excisionen eine genügende Verkleinerung des Gliedes herbeizuführen.

Verf. zieht zur Erklärung sicher konstatirte Vergrößerungen des Gliedes nach Traumen an und sieht die Ursache in einem Verschluss der abführenden Lymphbahnen. **Tietze** (Breslau).

33) **V. Rochet** (Lyon). Résection de la branche périnéale des nerfs honteux internes dans certaines affections spasmodiques de l'urètre et du périnée.

(Arch. prov. de chir. 1899. No. 5.)

Bei einem 17jährigen Mann, welcher an Harnverhaltung und Harnträufeln litt, ohne dass man in der Blase oder Harnröhre dafür irgend einen Anhalt fand, hatte man in der Vermuthung einer latenten Blasentuberkulose bereits die Sectio alta ohne Erfolg gemacht und ohne an der Blaseninnenwand irgend etwas zu



finden. Als sich später noch heftige Schmerzen am Damm und Stuhlzwang dazugesellte und wiederholte Dilatationsversuche der Harnröhre nicht zum Ziel geführt hatten, entschloss sich R., indem er das Leiden als Spasmus des Damms auffasste,

zur Resektion des N. perinealis, Nn. pudendi. Der Erfolg war ein sofortiger und von Dauer.

Bezüglich der Auffindung des Nerven muss auf das Original verwiesen werden, die beigegebene Abbildung orientirt über die Topographie.

P. Stolper (Breslau).

34) **B. Goldberg.** Extraktion einer Bougie filiforme conductrice aus der Harnblase eines Strikturirten.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 4.)

G. war bei der Ausführung der Urethrotomia interna durch einen unglücklichen Zufall eine Gummiführungsbougie in der Blase zurückgeblieben. G. legte einen Verweilkatheter ein und wartete zunächst ruhig ab. Am 6. Tage nach der Urethrotomie konnte er durch Cystoskop die Bougie quer gerollt vor dem Blasenhals sitzend feststellen; in derselben Sitzung gelang es ihm mit einem Lithotryptor Collin mit löffelförmigen Branchen und Schnabelstärke Charrière 18, in der leeren Blase die Bougie zu fassen und zu extrahiren.

Als Schlussfolgerung aus seinem Falle empfiehlt G. weiche und halbweiche Fremdkörper durch Extraktion aus der Blase zu entfernen, die Entfernung durch Schnitt hält er im Allgemeinen nur bei harten Körpern für zulässig.

F. Krumm (Karlsruhe).

35) **E. Israel.** Bericht über die in der Abtheilung in den letzten 8 Jahren ausgeführten Urethrotomien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 238.)

Eine fast rein statistische Berichterstattung über Sonnenburg's einschlägiges Material von 1890—1898. Zahl der Pat.: 1 Weib (Striktur durch Quetschung bei der Entbindung) und 29 Männer, unter denen 26 gonorrhoische und 3 traumatische Strikturkranke waren. Die Frau wurde durch inneren Harnröhrenschnitt geheilt, bei den Männern wurde 16mal die Extra-Urethrotomie gemacht, 2mal die interna, 2mal externa und interna kombinirt, in 3 Fällen Sectio alta mit retrogradem Katheterismus. 4 Pat. starben an Komplikationen ohne Zusammenhang mit der Operation. 16 Pat. sind völlig geheilt entlassen, 4 vorzeitig mit noch ungeheilter Wunde abgegangen. Die definitiven Resultate waren wegen theilweiser Unwiederauffindbarkeit der Kranken nur lückenhaft kontrollirbar; so weit sie es waren, waren sie aber befriedigend.

Bemerkenswerth ist, dass die Urethrotomia interna sich Sonnenburg wohl bewährt hat, und dass er dieselbe desshalb empfiehlt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

36) **G. Nové-Josserand.** Traitement de l'exstrophie vésicale par l'abouchement des uretères dans l'intestin.

(Revue des malad. de l'enfance 1899. Juni.)

Verf. hat die von Maydl angegebene Operation folgendermaßen, nach Tuffier modificirt, angewandt. Umschneidung und extraperitoneale Ausschälung der Blase. Die Harnleiter wurden 3—4 cm weit isolirt; die Blasenschleimhaut resecirt mit Ausnahme eines die Mündungen der Harnleiter enthaltenden Stückes von etwa 4 cm im Quadrat. Jetzt erst — also nach Entfernung der schwer zu desinficirenden Blasenschleimhaut — wird der Leib durch Medianschnitt bis 2 cm oberhalb der Blasenwunde eröffnet, die Flexura sigmoides über die restirende Hautbrücke hinübergezogen und das Blasenstück mit dem Harnleiter in diesen Darmtheil eingepflanzt. 2 Etagen Seidennaht.

Die Brücke zwischen Blasen- und Laparotomiewunde wird nun erst durchtrennt. Bauchnaht in Etagen; oberhalb der Schambeine ist die Vereinigung der Bauchdecken unmöglich, daher Tamponade. Dauer der Operation $^5/_4$ Stunde. Völlige Heilung. Das 5jährige Kind kann Stuhl und Urin etwa 3—4 Stunden halten. Beobachtungszeit 3 Monate.



Von 18 Fällen von Einpflanzung der Harnleiter sammt umgebender Blasenschleimhaut sind je einer an Chok und Infektion gestorben. Nur in einem Falle (Mikulicz) entwickelte sich eine tödliche Pyelonephritis. Nur in 2 Fällen litten die Kinder an Inkontinenz. In 14 Fällen war also der Erfolg ein vollständiger.

F. Göppert (Breslau).

37) **B. Poll.** Ein Fall von multipler Zottengeschwulst im Ureter und Nierenbecken.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 3.)

Der von P. beschriebene Tumor wurde in der Garrè'schen Klinik bei einem 41jährigen Mann operativ entfernt. An dem Präparat (Niere sammt Theil des Ureters) zeigte sich das Nierengewebe hochgradig komprimirt; Nierenbecken und Kelche in einen weiten Sack verwandelt. Die Wandung dieses Sackes, so wie des oberen Ureterabschnitts wird von einer flachen, aus kleinen papillären Exkrescenzen gebildeten Zottengeschwulst ausgekleidet, welche sich im Bereich des Beckens und Ureters, entsprechend einem gutartigen Papillom, scharf gegen das anliegende Bindegewebe abgrenzt, im Bereich der Kelche dagegen vollkommen nach Art eines Krebses unter starker Sprossenentwicklung in die Nierensubstanz eingewuchert ist. — Nach P.'s Auffassung ist es am wahrscheinlichsten, dass es sich im vorliegenden Falle von vorn herein um eine carcinomatöse Neubildung gehandelt hat, bei welcher nur das papillomatöse Durchgangsstadium ungewöhnlich lange dauerte.

Honsell (Tübingen).

38) **K. Kondratowitsch.** Ein Fall von Pyohydronephrose mit Entleerung des Harns durch die Bronchien.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. Hft. 4.)

Der 43jährige Kranke leidet seit 10 Jahren an Nierensteinkoliken; mehrmals bemerkte er rechts eine Geschwulst, die nach Ausscheidung eines Steines durch die Harnröhre schwand. Am 1. April 1898 wieder Kolik, darauf Pyohydronephrose rechts. Pat. verweigerte die vorgeschlagene Nephrotomie. Am 8. Mai kam Harn durch die Bronchien und wurde bis zum 23. Juni hier ausgeschieden, bis 1800,0 pro die. Pleuraexsudat rechts. Mehrere Steinchen wurden durch die Harnröhre entleert, ein paar Mal Koliken links und Anurie. Ende Juni war der Allgemeinzustand besser, Auswurf bloß Schleim, Urin trübe, viel Bodensatz. In solchem Zustand verließ Pat. das Krankenhaus; weitere Nachrichten fehlen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

39) **Bazy.** De la néphrotomie précoce dans les pyonéphroses.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 809.)

B. konnte in 2 Fällen von Pyonephrose, von denen der eine ausführlich, der andere im Auszug mitgetheilt wird, die Nephrotomie sehr frühzeitig, im 1. Falle 10 Tage nach Auftreten der ersten Erscheinungen, ausführen und erzielte dadurch beide Male völlige Heilung ohne Fistel. Die frühe Incision erhielt der Niere ihre Funktion. Desshalb, und weil der frühe Eingriff minder gefährlich sei wie ein später, räth B. stets zu einem möglichst zeitigen aktiven Vorgehen mit Nephrotomie.

Reichel (Chemnitz).

40) **Picqué.** Kyste hématique du rein. Néphrectomie d'urgence.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 651.)

Die 35jährige Pat. hatte von ihrem 12.—20. Jahre an Schmerzanfällen in der rechten Seite mit dem Charakter von Nierenkoliken gelitten. 1890 trat ein neuer Anfall auf, der, zum 1. Male, von der Absonderung eitrigen Urins begleitet war. Die Diagnose wurde auf Pyonephrose gestellt; doch konnte sich die Kranke zu einem operativen Eingriff nicht entschließen, zumal eine Besserung in den Beschwerden eintrat. In der rechten Fossa iliaca bestand nach Angabe der Kranken eine schmerzlose, bewegliche Geschwulst. Im Mai 1898 trat ein neuer Schmerz-

anfall, aber gleichzeitig hohes Fieber auf; die Temperatur stieg bis 40°; die Geschwulst soll dabei rapid an Volumen zugenommen haben. — Bei dieser Sachlage schritt P. unter der Diagnose »Pyonephrose« zur Nephrotomie. An Stelle der erwarteten Eiterniere fand er eine der gesunden und normal gelagerten Niere ansitzende, mit Blut gefüllte Cyste. Bei ihrer Entleerung von Blutgerinnseln trat eine solche Blutung ein, dass P. sich zur Nephrektomie genöthigt sah. — Heilung.

Reichel (Chemnitz).

41) P. Delbet. Calculs des deux reins et de l'uretère gauche. Extirpation par double néphrotomie. Hystérectomie abdominale.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 782.)

Wegen Erscheinungen rechtsseitiger intermittirender Hydronephrose schritt D. bei seiner damals 35jährigen Pat. zum 1. Male zur Operation, in der Absicht, die Nephropexie zu machen. Da er Steine fühlte, machte er die Nephrotomie, entfernte einen großen und mehrere kleine Nierensteine, vernähte die Niere und Bauchwunde ohne Drainage und erzielte Heilung. Im folgenden Jahre sah er sich zur gleichen Operation auf der linken Seite genöthigt. Dabei entfernte er gleichzeitig einen Stein aus dem linken Harnleiter, den es gelang, von einer ziemlich tief gelegenen Stelle durch den Harnleiter zurück ins Nierenbecken zu schieben und von da aus herauszuziehen. — Einige Monate später exstirpirte D. der Pat. noch den 2 Fäuste-großen myomatösen Uterus per laparotomiam.

Reichel (Chemnitz).

42) B. Floderus. Några fall af nefrektomi från Upsala kirurgiska klinik.

(Hygiea Bd. LX. Hft. 2.)

In der Klinik Lennander's sind im Zeitraum von 1889—1898 21 Nephrektomien gemacht worden. Die Indikationen waren: maligne Tumoren — 2 Fälle, disseminirte purulente Nephritis — 1 Fall, Pyonephritis non tuberculosa — 2 Fälle, Nierentuberkulose — 14 Fälle, einseitige Hämaturie zweifelhaften Ursprungs — 1 Fall und Hydrops ureteris supernumerarii — 1 Fall. In keinem war die Operation direkte Todesursache; nur in 2 Fällen kann der Eingriff als beschleunigendes Moment des unvermeidlichen Todes betrachtet werden. Die Mortalität der Nephrektomie ist hierdurch auf 10% heruntergebracht, eine Zahl, die noch kleiner als die bisher als niedrigst angesehene Trendelenburg's (13% auf 22 Fälle) zu schätzen ist.

Die Operation wurde in 4 Fällen transperitoneal, in den übrigen extraperitoneal mit verschiedenen Modifikationen in den einzelnen Fällen ausgeführt. Vorherige Epicystotomie (Nierentuberkulose, Hämaturie), bezw. Nephrotomie (Nierentuberkulose), diagnostische Resektion (Adenocarcinom, Nierentuberkulose) und explorative Laparotomie (Nierentuberkulose, Hydrops ureteris) wurden in je 2 Fällen gemacht.

Zur Narkose wurde in der Regel Äther angewandt; in 2 Fällen von Nierentuberkulose kam Bromäthyl zur Anwendung; nur in einem Falle (der zuerst operirte) wurde ausschließlich Chloroform benutzt. Diesen Fall ausgenommen (drohender Collaps, welcher energische Stimulirung forderte), haben sich keine unbehaglichen Nebenwirkungen der Narkose gezeigt.

Unter den Komplikationen während der Rekonvalescenz haben sich außer Albuminurie, Cylindrurie, postoperative Oligurie und Exacerbationen von Krankheiten der anderen Niere, krupöse Pneumonie bei einer Pyonephrosis calculosa und Decubitus bei einer disseminirten purulenten Nephritis eingestellt. Von der Wunde aus komplicirte sich 1 Fall (Tuberkulose) mit Nachblutung, 1 mit Vorfall der Gedärme (Angiosarkom), 3 mit Bauchwandbruch (Angiosarkom, Pyonephrosis calculosa und disseminirte purulente Nephritis).

In einem der letalen Fälle (Tuberkulose) war tuberkulöse Infektion der Operationswunde eine nicht unbedeutende accessorische Todesursache; in keinem

anderen Falle aber entstand längerdauernde Fistelbildung. Diesen Umstand verdankt man der großen Sorgfalt, mit welcher die anliegenden Theile der Ureteren mitsammt der Niere exstirpirt wurden; ja in einzelnen Fällen ist der Ureter bis an die Blase herunter entfernt worden.

Verf. theilt mit, dass er die 14 Nierentuberkulosen am anderen Ort besprechen will; der Fall von einseitiger Hämaturie ist schon in der obengenannten Zeitschrift veröffentlicht und in diesem Centralblatt referirt; den Hydrops ureteris supernumerarii verspricht Verf. auch besonders abzuhandeln. Es bleiben dann noch folgende 5 Fälle übrig:

1) Carcinoma teleangiectaticum tuberosum renis sin. Explorative Nierenresektion. Nephro-Ureterektomie. Heilung.

2) Angiosarcoma renis sin. Nephro-Ureterectomia sin. Bedeutende Besserung. Rückfall? Tod 4 Monate post operationem.

3) Pyonephrosis calculosa dext. Nephrectomia dext. Pneumonia bilateralis. Gebessert. Pyonephrosis calculosa sin.

4) Pyonephrosis sin. cum paranephridite purulenta. Incision. Nephrotomia sin. Nephrectomia sin. Heilung.

5) Nephritis interstitialis supp. acut. sin. e fistula ureteris sin. post exstirpationem uteri cancerosi. Nephrectomia. Heilung.

A. Hansson (Cimbrishamn).

43) **Nélaton.** Traitement d'une variété rare de fistule vésico-vaginale d'un accès difficile. Opération préliminaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 666.)

Die 22jährige Kranke hatte bei spontan verlaufener schwerer Entbindung eine totale Abreißung der Harnröhre von der Blase davongetragen. Die innere Mündung der Harnröhre lag 2 cm von der im obersten Ende der enorm narbig verengten Scheide gelegenen Blasenöffnung entfernt. N. schuf sich den Zugang zur Fistel nach dem Vorgang Chaput's durch einen die linke hintere Scheidenwand durchtrennenden, tief in die linke Fossa ischiorectalis dringenden Einschnitt, löste dann die Cervix, wie beim 1. Akt der vaginalen Uterusexstirpation, von der Blase bis zur Peritonealfalte hin ab, frischte jetzt die Umrandung der beiden zu vereinigenden Öffnungen breit an, vereinigte sie durch Katgutnähte und fixirte darüber die Schleimhaut der Cervix an die Schleimhaut der Scheide. Verweilkatheter. Es restirte eine kleine Fistel, die durch Nachoperation völlig geschlossen wurde. Es wurde Kontinenz beim Liegen und Sitzen und für 1 Stunde auch beim Stehen und Gehen erzielt. **Reichel** (Chemnitz).

44) **L. Picqué.** Kyste du vagin probablement d'origine woolfienne.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 750.)

P.'s Kranke, eine 29jährige Frau, hatte Kenntnis von ihrer Scheidengeschwulst seit ihrer Verheirathung, seit 5 Jahren. Sie hatte keine Beschwerden. Nach der 1. Entbindung aber soll die Geschwulst gewachsen und schmerzhaft geworden sein. Die Geschwulst erstreckte sich an der rechten Seite der vorderen Scheidenwand vom unteren Ende des vorderen Scheidenwulstes bis zum vorderen Scheidengewölbe, war deutlich cystisch, von normaler, nur unten stark verdünnter Schleimhaut überdeckt. P. exstirpirte die Cyste in toto; sie hatte die Form einer an mehreren Stellen kugelförmig sich erweiternden Röhre. Ihre Wand bestand aus Bindegewebe. Eine epitheliale Auskleidung wurde bei der mikroskopischen Untersuchung nicht gefunden. Dennoch glaubt P. in Rücksicht auf den charakteristischen Sitz der Cyste ihre Entstehung vom Wolff'schen resp. Gartner'schen Gang ableiten zu dürfen. **Reichel** (Chemnitz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 35. Sonnabend, den 2. September. 1899.

Nachtrag zu meiner Abhandlung: Operationstechnik für tragfähige Amputationsstümpfe.

Von

Prof. Dr. **August Bier** in Greifswald.

Im Jahrgang 1897 No. 31 dieser Zeitschrift habe ich meine Operationstechnik für tragfähige Amputationsstümpfe beschrieben. Lästig war bei der dort empfohlenen Art zu operiren die zweimalige Amputation, die ich ausführte, um bei der Aussägung des Knochenlappens nicht im Gebrauch der Säge gehindert zu sein. Diese zweimalige Amputation hat wohl auch viele Chirurgen davon abgehalten, zu dieser Technik, welche Stümpfe liefert, die den nach anderen Verfahren hergestellten an Brauchbarkeit weit überlegen sind, über-

zugehen. v. Eiselsberg[1] hat das Verfahren wesentlich dadurch verbessert, dass er die vorläufige Amputation vermied. Ich selbst habe schon seit längerer Zeit Versuche angestellt, um ohne vorherige Amputation den Knochenlappen herzustellen. Ich habe ihn ausgemeißelt. Das ist unzweckmäßig, weil die harte Rinde der Knochen dabei splittert. Man bekommt zwar auch so einen brauchbaren, aus einzelnen Splittern bestehenden Knochenlappen, aber der Amputationsstumpf ist dann niemals so völlig unempfindlich, als wenn man einen einzigen soliden Knochenlappen verwendet. Die gebräuchlichen Sägen mit verstellbarem Blatt sind nicht stetig und solid genug, um aus der harten Knochenrinde einen Lappen auszusägen. Dasselbe gilt von der Gigli'schen Drahtsäge. Ich habe desshalb die schon früher von mir empfohlene Helferich'sche Bogensäge für meine Zwecke so verändert, dass das Aussägen des Knochenlappens ohne vorherige Amputation und auch ohne sonstige Maßnahmen mit der größten Leichtigkeit auszuführen ist: Die beiden Schlösser der Säge erhalten je 3 Einschnitte zur Aufnahme des Sägeblatts (Fig. 1). Stelle ich bei *b* das Sägeblatt ein, so steht dasselbe fast im rechten Winkel

Fig. 1.



Fig. 2.



zum spannenden Bogen. Nachdem der Periost-Knochenlappen umschnitten ist, setze ich das schiefgestellte Sägeblatt so auf den Knochen wie Fig. 2[2] zeigt. Hat der Schnitt die nöthige Tiefe erreicht[3],

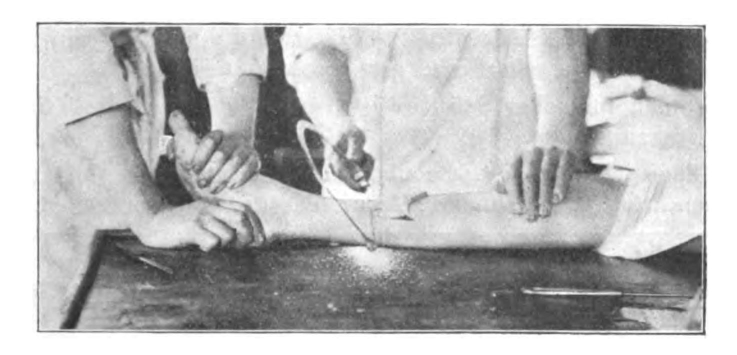
[1] Storp, Über osteoplastische Unterschenkelamputationen und deren Technik. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLVIII Hft. 4 und Bunge, Zur Technik und Kasuistik der osteoplastischen Unterschenkelamputation nach Bier, Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 22 u. 23.

[2] Fig. 2—4 sind nach Photographien angefertigt.

[3] Die Dicke des Knochenlappens ist gleichgültig. Am leichtesten ist derselbe auszusägen, wenn man die Säge eben bis in die Markhöhle eindringen lässt.

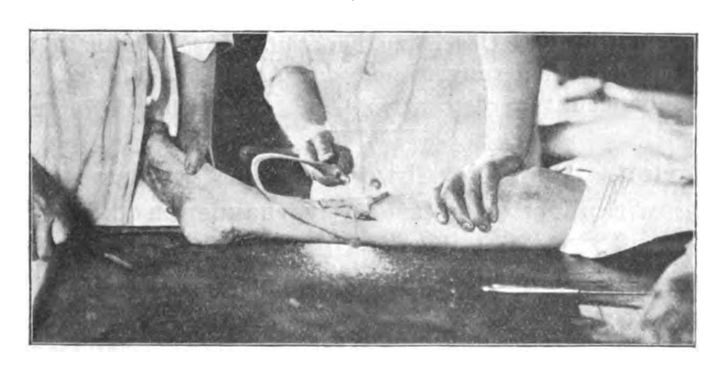
so führt man das Sägeblatt parallel der Knochenoberfläche weiter, bis der Lappen die gewünschte Größe erreicht hat (Fig. 3). Zum Schluss senkt man den Bogen der Säge (Fig. 4), während gleichzeitig in den Sägeschnitt ein Elevatorium eingeschoben wird, mit dem man den Schnitt zum Klaffen bringt, und mit nach oben gerichtetem Sägeblatt sägt man den Knochen bis nahe unter das

Fig. 3.



Periost durch. Der letzte Rest wird durch hebelnde Bewegungen mit dem Elevatorium abgebrochen. Bricht der Knochen scharf und zackig, so kneift man die Spitzen mit der Knochenzange ab. Dabei benutzt man die Vorsicht, immer nur kleine Stücke abzubeißen, weil es keine einzige Knochenzange giebt, welche größere Knochenstücke

Fig. 4.



schonend zu durchschneiden im Stande ist. Der Lappen wird, wie früher geschrieben, gestielt, und der hintere Weichtheilschnitt wird vollendet. Jetzt setzt man das dem Handgriff gegenüberliegende Ende des Bogens der Säge auf eine harte Unterlage, übt einen kräftigen Druck auf das Griffende aus, welcher den Bogen der Säge entspannt, nimmt das Sägeblatt heraus und setzt es bei *a* (Fig. 1)

ein, so dass es in der Ebene des Bogens steht. Dann werden die Unterschenkelknochen am Rand des Hautlappens durchsägt, und zwar, abweichend von der bisher gültigen Regel, zuerst das Schienbein, dann erst das Wadenbein. Im Übrigen verläuft die Operation wie früher beschrieben.

Soll das Aussägen des Knochenlappens wirklich ohne jede Schwierigkeit von statten gehen, so muss die Säge zwei Bedingungen erfüllen: Der Bogen muss eine beträchtliche Spannung haben, und das Sägeblatt muss recht schmal sein. Es soll von der Spitze des Zahns bis zum Rücken gemessen nur etwa 3 mm breit sein. Stets muss auch die Säge scharf und gut geschränkt sein.

Instrumentenmacher Stöpler in Greifswald liefert diese Säge in guter Ausführung.

Die Säge ist auch für osteoplastische Amputationen von anderen Gliedabschnitten (Oberschenkel, Arm) sehr gut zu gebrauchen.

---

1) **L. Rosenfeld** (Nürnberg). Krüppelfürsorge und Krüppelheime in Deutschland.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VI. Hft. 3 u. 4.)

Baiern besitzt seit dem Jahre 1832 eine Bildungs- und Erziehungsanstalt für krüppelhafte Kinder in München, welche im Jahre 1844 in eine öffentliche Anstalt umgewandelt wurde. Seit dem Jahre 1879 sind auch in anderen deutschen Staaten Krüppelheime als Wohlthätigkeitsanstalten entstanden, welche vom Verf. einzeln aufgeführt werden. Nach der Berechnung des Verf. leben in Deutschland 7000 gänzlich unbemittelte und der öffentlichen Fürsorge bedürftige Krüppel. Die private Wohlthätigkeit genügt nicht, um allen diesen Hilflosen ein würdiges Dasein zu bereiten. Es soll desshalb die Aufmerksamkeit der Regierungen und der Ärztewelt auf diese Angelegenheit hingelenkt werden. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

2) **Kiderlen.** Über die Abwerthung des Einflusses äußerer Gewalteinwirkungen bei schon vorhandenen körperlichen Leiden in der Unfallpraxis.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin u. öffentl. Sanitätswesen 3. F. Bd. XVII. Hft. 1.)

K. hat aus der Litteratur und der Rechtsprechung, vorwiegend der Rekursinstanzen, Äußerungen resp. Urtheile zusammengestellt über diese unerschöpfliche Seite der Unfallversicherung, eine Abhandlung, welche sich den Grenzen eines Referats entzieht. Den Schluss bilden einige illustrirende Krankengeschichten. **Bähr** (Hannover).

---

3) **W. Stempel.** Die Untersuchung und Begutachtung der Invalidenrentenanwärter, nebst Auszug und Kommentar der für die Ärzte wichtigsten Gesetze und Bestimmungen betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung.

Jena, **G. Fischer,** 1899. 178 S.

Im vorliegenden Werk hat sich Verf. die Aufgabe gestellt, dem praktischen Arzt bei der Untersuchung und Begutachtung von Invalidenrentenanwärtern durch Hinweis auf alle hierbei in Betracht kommenden Einzelheiten hilfreich zur Seite zu stehen. Durch eigene, durch mehrjährige Thätigkeit als Hilfsarzt an der Versicherungsanstalt für die Provinz Schlesien erworbene reiche Erfahrung hierzu besonders befähigt, hat er sich dieser Aufgabe mit unleugbarem Geschick erledigt.

In einem ersten Theil macht er den Arzt mit den für ihn wichtigsten einschlägigen Bestimmungen des Invaliditätsversicherungsgesetzes bekannt. Die einzelnen Gesetzesparagraphen werden im Wortlaut angeführt und eingehend an der Hand zahlreicher Entscheidungen des Reichsversicherungsamts erläutert. Ausführliche Besprechung findet der Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Mit Recht weist Verf. darauf hin, dass die Entscheidung, ob Erwerbsunfähigkeit anzunehmen sei oder nicht, nicht Sache des Arztes, sondern nur der Versicherungsanstalt resp. des Richters ist. Der Arzt soll sich allein über die Arbeitsfähigkeit des Untersuchten äußern, soll genau im Attest angeben, zu welchen Arbeiten er denselben noch für tauglich, resp. für welche er ihn für unfähig hält, und soll dieses Urtheil überzeugend begründen. — Die Bedeutung des § 12 des Gesetzes, welcher sich mit der Übernahme des Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalten befasst, wird gebührend hervorgehoben. — Bei Besprechung der die Wartezeit behandelnden Paragraphen wird darauf aufmerksam gemacht, wie der Arzt dem Rentenanwärter, falls dieser die Wartezeit noch nicht erfüllt hat, durch die meist wohlgemeinte Abgabe eines zu kategorischen Urtheils über das Vorhandensein dauernder Erwerbsunfähigkeit die Möglichkeit, durch Fortsetzen der Arbeit die Wartezeit doch noch zu erfüllen und so später in den Genuss der Rente zu gelangen, sehr erschweren kann. — Zur Orientirung über die Festsetzung des Beginns der dauernden Erwerbsunfähigkeit in Fällen, in denen zunächst nur vorübergehende angenommen wurde, werden interessante Entscheidungen des Reichsversicherungsamts angeführt.

Der zweite, 35 Seiten umfassende Theil. enthält sehr eingehende Vorschriften über die Untersuchung der Rentenanwärter. Es handelt sich dabei eigentlich nur um Dinge, die jedem Arzt geläufig sein sollten, um die Aufnahme der Anamnese und genaue Feststellung des objektiven Befunds. Dieser Theil könnte daher überflüssig erscheinen, und doch ist er nach Ansicht des Ref. der wichtigste des ganzen Buches. Wer viele ärztliche Gutachten in Invalidenrenten-

sachen in Händen gehabt hat, weiß, wie oberflächlich sehr viel derselben sind, wie häufig es für einen Dritten, der den Anwärter selbst zu untersuchen keine Gelegenheit hatte, ganz unmöglich ist, sich aus dem Inhalt des Gutachtens über dessen Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit ein einigermaßen zutreffendes Urtheil zu bilden. Die Versicherungsanstalten, wie die Ärzte werden es dem Verf. Dank wissen, dass er sich die Mühe nicht hat verdrießen lassen, bis ins Einzelne den Gang der vorzunehmenden Untersuchung zu schildern und die Momente hervorzuheben, deren Feststellung für die Beurtheilung der Arbeitsfähigkeit eines Individuums von besonderer Bedeutung ist.

Der dritte, umfangreichste Abschnitt beschäftigt sich im Speciellen mit den am häufigsten Invalidität bedingenden Erkrankungen, beschreibt in kurzen Zügen ihre Symptomatologie und Diagnose, bespricht ihren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und die Umstände, unter denen bei ihnen die Übernahme des Heilverfahrens von Seiten der Versicherungsanstalt in Betracht kommt. Besonderen Werth legt Verf. dabei auf Hervorhebung der Symptome, deren Festlegung im schriftlichen Gutachten für die Versicherungsanstalt von oft großer Bedeutung ist. Der aufmerksame Leser wird in diesem Abschnitt manche Flüchtigkeit, manche kleine Unrichtigkeit, manchen schiefen Ausdruck antreffen. Auch kann sich Ref. mit dem Urtheil des Verf. über den Einfluss eines Leidens auf den Grad der Arbeitsfähigkeit, so wie über die Zweckmäßigkeit, der Versicherungsanstalt bei gewissen Leiden die Übernahme des Heilverfahrens zu empfehlen, nicht in allen Punkten einverstanden erklären. Auf nähere Einzelheiten einzugehen verbietet indess der einem Referat zugemessene knappe Raum.

Durften diese kleinen Ausstellungen auch nicht verschwiegen werden, so thun sie doch dem Werth des ganzen Buches keinen wesentlichen Eintrag. Die Darstellung des manchmal etwas spröden Stoffs ist gewandt. — Die Ausstattung des Buchs ist eine der bekannten Verlagsbuchhandlung durchaus würdige. Sein Studium kann dem praktischen Arzt warm empfohlen werden.

Reichel (Chemnitz).

---

4) **Sternberg** (Wien). Vegetationsstörungen und Systemerkrankungen der Knochen.

Wien, **A. Hölder,** 1899.

Die seltenen, zum Theil noch wenig bekannten Krankheitsprocesse, die das Knochensystem in seiner Gesammtheit betreffen, sind in der vorliegenden Arbeit mit großem Fleiß aus den hier und da in der Litteratur zerstreuten kasuistischen Berichten zusammengestellt. Wie Verf. im Vorwort ausdrücklich hervorhebt, beabsichtigt er nur eine erstmalige Ordnung und Sichtung, keineswegs eine systematische Darstellung oder gar lehrbuchmäßige Bearbeitung des verfügbaren Materials zu bieten.

Von den allgemeinen Vegetationsstörungen — Hemmungen im Ausbau des menschlichen Organismus — werden Zwerg- und Riesenwuchs, von den speciellen die allgemeine diffuse Hyperostose, die Osteopsathyrosis, die multiplen Knochengeschwülste und die Ostitis deformans (Paget) ausführlich besprochen. Als »Systemerkrankungen der Knochen« (Chiari) bezeichnet S. jene eigentlichen Krankheiten, welche das Skelett in großer Ausdehnung betreffen und in der Vertheilung auf seine einzelnen Abschnitte eine gewisse Regelmäßigkeit erkennen lassen; als Typus dieser wird die toxigene Osteo-Periostitis ossificans (Trommelschlägerfinger) angeführt.

Das Werk S.'s bildet einen Theil des VII. Bandes (Konstitutionskrankheiten) des Nothnagel'schen Handbuchs; es ist somit in erster Linie für den inneren Mediciner bestimmt, für den die Kenntnis jener Erkrankungen des Knochensystems, die mit Vorgängen im Gesammtorganismus aufs innigste zusammenhängen, auch von besonderem Interesse sein muss. Aber auch der Chirurg wird reiche Belehrung und Anregung aus dem Studium der Arbeit schöpfen können, wenn sie auch nur »Kuriositäten« behandelt, die chirurgischer Therapie nicht zugänglich sind. **Gross** (Straßburg i/E.).

---

5) **O. Reis.** Die Inaktivitätsatrophie der Knochen.

(Pester med.-chir. Presse 1899. No. 2—4.)

Verf. benutzte zum histologischen Studium dieser Frage wegen Gelenkstuberkulose amputirte und resecirte Knochen, Amputationsstümpfe und einen Schenkelkopf, welcher nach Fraktur des Halses, die mit Pseudarthrose geheilt war, funktionslos geblieben war. Die vorhandenen Lehrbücher erklären mit »Schablonenmäßigkeit« diese Atrophie als durch lakunäre Resorption zu Stande gekommen. Verf. ist dagegen der Ansicht, dass es sich hierbei vielmehr um Aufsaugung der Kalksalze, Bildung osteoiden Gewebes und Metaplasie des letzteren in Fettgewebe handle. Lakunen ließen sich nur selten, Gitterfiguren dagegen häufig nachweisen. Die osteoide Substanz sei im Gegensatz zur Pommer-Cohnheim'schen Theorie als Ergebnis der Entkalkung und nicht als Appositionsprodukt aufzufassen.

Einige Zeichnungen im Text vermögen in Folge der mangelhaften Ausführung das Verständnis des Gesagten nicht zu unterstützen. **Neugebauer** (M. Ostrau).

---

6) **J. Paulsen.** Über Nervenverletzungen bei Frakturen.

Inaug.-Diss., Kiel, 1899.

Verf. hat die seit 1886 publicirten Beobachtungen von Nervenverletzungen bei Frakturen gesammelt; seine Arbeit bildet somit die Fortsetzung der bekannten Statistik von Bruns (Deutsche Chirurgie).

Von völliger Zerreißung der Nerven (Bruns 10 Fälle) ist von Wölfler (Radialis), Claus (Radialis), Finotti (Radialis), Sick-Sänger (Vernähung der durchtrennten Radialis mit Medianus) je

1 Fall bekannt geworden; Kompression der Nerven durch ein dislocirtes Fragment hat Davis 2mal beobachtet, je 1 bei Ellbogen- und Clavicularfraktur (Bruns 28 Fälle); 2 eigene Fälle, die von Petersen mit vollständigem Erfolg operirt wurden — prominirende Knochenleisten, die auf Radialis, bezw. Medianus drückten, wurden abgetragen —, zeigen nebst 4 Fällen aus der Litteratur (Wölfler, Köllicker, Kennedy) die sekundäre Nervenläsion durch Druck fibröser Narbenstränge und Callusmassen (Bruns 38 Fälle).

Gross (Straßburg i/E.).

---

7) **C. Martin** (Lyon). De la régéneration osseuse sur appareil prothétique interne.

(Arch. prov. de chir. 1899. No. 5.)

M. hat bei Hunden versucht, eine Art innerer Prothese als Ersatz für resecirte Stücke langer Röhrenknochen in diese und die umgebenden Weichtheile zur Verhütung einer Pseudarthrose einzuheilen. Stäbe aus Platiniridium, durch Quer- und Schrägleisten unter einander fixirt, legte er als Zwischenstück ein und befestigte sie mittels Schrauben in den Knochenstümpfen. Die Querleisten sollten auch die Interposition von Weichtheilen verhüten. Den leeren Raum zwischen den Stäben füllte er mit zerkleinerten Rippenstückchen aus. Nach mancherlei Misserfolgen ist es ihm gelungen, eine derartige Prothese für längere Zeit und mit bestem funktionellen Erfolge einzuheilen, und zwar in den Schaft des Radius eines Hundes; es waren 4 (!) cm resecirt. 14 Monate nach der Operation zeigte das Thier eine vollständige Einheilung, es lief, ohne zu hinken. Die Gliedmasse war weder verkürzt noch deform. Es bestand keine Fistel. M. hat das Thier dem französischen Chirurgenkongress demonstrirt. Dass es ihm am Radius gerade gelang, nicht am Femur oder Humerus, daraus schließt Verf., dass die Misserfolge meist durch die Unzulänglichkeit der Fixation bedingt sind.

P. Stolper (Breslau).

---

8) **Helferich.** Versuche über die Transplantation des Intermediärknorpels wachsender Röhrenknochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 564.)

9) **Enderlen.** Zur Reimplantation des resecirten Intermediärknorpels beim Kaninchen.

(Ibid. p. 574.)

Die beiden Arbeiten bringen die eingehenden Berichte über die Experimente H.'s betreffend die Resektion und Reimplantation des unteren Ulnaepiphysenknorpels junger Kaninchen, deren wichtigste Resultate H. bereits auf dem 1894er Chirurgenkongress publicirt hat. (Vgl. dieses Blatt 1894 Beilage zu No. 30 p. 22.) Durch die fragliche Operation, bei welcher stets beiderseits vom Intermediärknorpel ein schmaler Streifen Knochen mitgenommen wurde, wird zwar eine

Verminderung der normalen Vitalitätskraft und Produktionsfähigkeit für das Knochenwachsthum herbeigeführt, indess ist dieselbe gering, und das ganze Wachsthum der operirten Extremität nur wenig gestört. Die Abbildungen der operirten Extremitäten, verschieden lange Zeit nach der Operation aufgenommen, und ihr Vergleich mit den Bildern unverletzter Glieder gleichaltriger Thiere beweist das. Die E.'schen sehr eingehenden mikroskopischen Untersuchungen klären die stattfindenden histologisch-biologischen Vorgänge auf. Danach behält der Intermediärknorpel einen großen Theil seiner Vitalität bei, am besten nahe dem Perichondrium und der Encoche, während in den mittleren Partien Degenerationszeichen sich breit machen. Der Intermediärknorpel erfährt eine ziemliche Höhenzunahme. Dieselbe resultirt aus der Ossifikation, welche vom lebenden Knorpel aus stattfindet, beim degenerirten aber nicht. In den mitentfernten Knochenstücken bleiben einzelne Theile lebensfähig, an die degenerirten Knochenbalken lagert sich osteoides Gewebe und neue Knochensubstanz an. Die Ulna bleibt im Wachsthum zurück, woraus eine Krümmung des Radius resultirt. Genaueres siehe Original, welchem sehr schöne mikroskopische Tafeln beigegeben sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

10) **A. Wilson.** Hot air in joint-diseases.

(Annals of surgery 1899. Februar.)

Gegenüber den hochgespannten Erwartungen, welche viefach an die Anwendung überhitzter Luft bei den verschiedensten Gelenkaffektionen geknüpft werden, verdienen die Ausführungen des Verf. eine besondere Beachtung. Derselbe hat das Verfahren seit 2 Jahren bei den mannigfachsten Gelenkerkrankungen angewandt und dazu die Apparate von Betz und von Lentz angewandt, die er kurz beschreibt, indem er gleichzeitig noch eine Reihe praktischer Vorschläge bei der Anwendung des Verfahrens macht.

Die besten Erfolge verspricht dasselbe bei den Verstauchungen der verschiedensten Gelenke, sofern dasselbe unmittelbar nach dem Unfall bezw. in nicht zu ferner Zeit nach demselben angewandt wird; die Schmerzen verschwinden hierbei in der That überraschend schnell, und es gelingt auf keine andere Weise den Pat. so schnell wieder erwerbsfähig zu machen. Große Enttäuschungen erlebt man dagegen bei der Anwendung der Methode in Fällen von akuter oder chronischer Gicht und rheumatischen Gelenkerkrankungen. Hier ist es dem Verf. nicht nur nicht gelungen, die bestehenden Schmerzen zu mildern, sondern er kann sich sogar der Überzeugung nicht verschließen, dass in einzelnen Fällen sogar das Leiden durch die Anwendung der heißen Luft noch verschlimmert worden ist. (Auch Ref. sah in solchen Fällen niemals einen eklatanten Erfolg.) Besser stehen dagegen die Aussichten, sobald es sich um die Behandlung anderer Fälle von Flüssigkeitsansammlungen im Gelenk handelt. Es scheint so, als ob hierbei häufigere Sitzungen mit geringeren Hitze-

graden den weniger zahlreichen Applikationen mit sehr stark erhitzter Luft vorzuziehen seien. Ferner ist die Methode sehr empfehlenswerth zur Behandlung von bindegewebigen Ankylosen. Dieselben lockern sich überraschend schnell und gestatten das erfolgreiche Einsetzen mechanischer Methoden. **Tietze** (Breslau).

---

11) **Thilo.** Verbände gegen Gelenkversteifungen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 7.)

Zur Beseitigung von Gelenkversteifungen reichen häufig aktive und passive Bewegungen nicht aus. Verf. wendet daher neben letzteren besondere Beuge- und Streckvorrichtungen an. Er empfiehlt speciell zur Behandlung von Versteifungen der Fingergelenke, des Ellbogen- und Schultergelenks Beuge- und Streckverbände, deren Zusammensetzung und Anwendung er an der Hand von Abbildungen näher erläutert. **Motz** (Hannover).

---

12) **Clado** (Paris). Des luxations anciennes de l'épaule.

(Progrès méd. T. IX. No. 9.)

C. giebt eine vorläufige Mittheilung über eine neue Art der blutigen Reposition des luxirten Humeruskopfes, welche in der chirurgischen Klinik von Duplay seit einiger Zeit mit gutem Erfolg angewandt wird. Sie besteht in der Eröffnung des Schultergelenks von hinten mit Durchschneidung des Akromions an seiner Basis und Bildung eines großen Lappens aus dem Deltoideus. Dieses Verfahren, das in eingehender Weise demnächst von einem seiner Schüler beschrieben werden soll, ermöglicht eine schnelle und gute Übersicht über die verletzten Theile und eine leichte Beseitigung des Respirationshindernisses bei relativ geringer Weichtheilverletzung. C. hofft mit der Anwendung dieses Verfahrens die Resultate der blutigen Reposition zu bessern und die Resektion umgehen zu können.

Buchbinder (Straßburg i/E.).

---

13) **Broca** et **Mouchet.** Complications nerveuses des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.

(Revue de chir. 1899. No. 6.)

Unter den Brüchen des unteren Humerusendes führen besonders die des Condylus externus und die oberhalb der Kondylen gelegenen, seltener die der Epitrochlea Komplikationen seitens des N. medianus, radialis und ulnaris herbei. Unter 40 Brüchen des äußeren Condylus konnten die Verff. 3 Fälle von Lähmung beobachten, während von 38 Brüchen oberhalb der Kondylen 6 von solchen gefolgt waren. 1mal waren alle 3 Nerven, vornehmlich aber der Medianus und Ulnaris, 8mal nur 1 derselben — in 2 Fällen der Radialis, in 3 der Medianus und in den übrigen der Ulnaris — betroffen. Die Verff. unterscheiden unter den Ursachen der Lähmung primäre und

sekundäre, je nachdem die Nervenstörungen sofort bezw. allmählich sich entwickeln oder erst spät während der Frakturheilung auftreten; doch theilen Verff. auch 2 Fälle mit, in welchen nach 18 resp. 22 Jahren erfolgte Paralysen von dem früheren Bruch abhängig erschienen. Vollständige Kontinuitätstrennung des Nerven als Folge der Fraktur ist sehr selten beobachtet worden, auch partielle Zerreißungen, Zerrung durch ein dislocirtes Bruchstück, Interposition zwischen Fragmenten nicht häufig. Dagegen handelt es sich zumeist um Quetschung des Nerven durch die äußere Gewalteinwirkung oder durch verschobene Bruchstücke; auch in 2 der von den Verff. beschriebenen Fälle von primär entstandener Lähmung lag nur eine solche Nervenkontusion, einmal des N. ulnaris, bei dem anderen Pat. aller 3 Nerven vor. Die sekundär auftretenden Nervenkomplikationen sind auf Kompression durch den Callus oder ein dislocirt gebliebenes Bruchstück zurückzuführen; letztere Ursache scheint die häufigere zu sein, wie denn überhaupt nach den Untersuchungen der Verff., die die Art des Bruches stets durch Röntgographie feststellten, zu massenhafte Callusbildung oft eine Konsolidation der Brüche in fehlerhafter Stellung vorzutäuschen pflegt. Hierdurch waren auch unter den von ihnen mitgetheilten Fällen sekundärer Lähmung 5 veranlasst, während es sich nur in 2 um Folgen von Nervenkompression durch den Callus handelte. — Die erst nach vielen Jahren nach einem Bruch des äußeren Kondylus des unteren Humerusendes beobachteten Nervenstörungen am N. ulnaris waren auf die von der Fraktur zurückgebliebene Valgusstellung des Ellbogens, die vollständige Abflachung des Sulcus ulnaris und die beständigen Schädigungen des aus letzterem verschobenen und bei den Bewegungen des Gelenks gegen die Epitrochlea anstoßenden Nerven veranlasst; die Herstellung einer neuen Rinne für diesen brachte in dem einen Falle erhebliche Besserung.

Nach eingehender Schilderung der Symptome der in Rede stehenden Nervenkomplikationen, ihrer Entwicklung und der von dem ursächlichen Moment und der rechtzeitigen Anwendung sachgemäßer Behandlung abhängenden Prognose besprechen die Verff. noch des genaueren die therapeutischen Maßnahmen, welche sich einerseits nach dem Ergebnis der elektrischen Untersuchung, andererseits nach der der Lähmung zu Grunde liegenden Ursache richten. Vollständige Zerreißung des Nerven, Anspießung durch ein Bruchstück, fehlerhafte Reduktion des Bruches z. B. werden ein frühzeitiges operatives Eingreifen nöthig machen; in manchen Fällen wird zunächst Massage und Elektricität versucht werden dürfen. Über Einzelheiten bezüglich der Indikationen der Operation resp. exspektativen Behandlung möge die Arbeit selbst nachgelesen werden. Erwähnt sei nur, dass, wie die ausführlichen Krankengeschichten darthun, unter den 11 Fällen der Verff. bei 7 chirurgische Eingriffe erforderlich wurden, ohne dass jedoch in allen die Lähmungserscheinungen gänzlich zum Schwinden kamen. **Kramer** (Glogau).

---

14) **Mouchet.** Fractures de l'extrémité inférieure de l'humerus, avec radiographies.

Thèse de Paris, G. Steinheil, 1898. 302 S. 158 Fig.

Verf. theilt in der vorliegenden Dissertation die Beobachtungen mit, die er an 103 von ihm selbst untersuchten und behandelten Fällen von Brüchen des unteren Humerusendes gemacht hat. Die Hauptbedeutung der Arbeit liegt darin, dass sämmtliche Fälle mit Röntgenstrahlen untersucht worden sind. Die Reproduktionen der radiographischen Aufnahmen sind freilich leider, wie häufig, theilweise recht mangelhaft ausgefallen. Mit Recht betont Verf. die Wichtigkeit einer genauen klinischen Untersuchung durch Radiographie. Auch darin müssen wir ihm vollständig beistimmen, dass, bei dem heutigen Stand der Technik wenigstens, die bloße Untersuchung mit dem Leuchtschirm für den Ellbogen keine Bedeutung hat.

In 39 Fällen handelte es sich um Brüche des Condylus externus. Ohne auf die eingehende Besprechung der pathologischen Anatomie und der Symptomatologie dieser Fraktur hier einzugehen, sei nur bemerkt, dass Verf. bei den gewöhnlichen Frakturen des ganzen Kondylus der Anlegung eines Gipsverbands in Beugestellung während 12—15 Tagen den Vorzug giebt. Die ausschließliche Massagebehandlung, empfehlenswerth bei einfachem Abriss des Epikondylus, ist bei Kondylenfrakturen mit Verschiebung zu verwerfen. Erfordert der Fall einen chirurgischen Eingriff, so beschränke man sich bei jungen Individuen auf das Nothwendigste und umgehe jede ausgedehntere Resektion.

Die suprakondylären Frakturen nehmen mit 37 Fällen den zweiten Rang ein. Die meisten Fälle entsprechen der von Kocher als Extensionsfraktur bezeichneten Form, mit einer schräg von hinten oben nach vorn unten verlaufenden Bruchfläche. Nur 3mal fand sich eine rein quere Frakturlinie, nie die von Kocher als Flexionsfraktur bezeichnete Form. Was die Behandlung betrifft, so wird auch hier der Gipsverband, in Form einer dorsalen Rinne, besonders empfohlen, und zwar in Beugestellung, nachdem vergleichende Versuche an 16 Fällen ergeben hatten, dass die Resultate bei dieser Stellung die besten waren.

An dritter Stelle, der Häufigkeit nach, kommen die Frakturen des Epicondylus internus, von denen Verf. 22 beobachtet hat.

Als Behandlung wird Massage von Anfang an, mit aktiven und passiven Bewegungen empfohlen. Letztere sind mit der nöthigen Vorsicht auszuführen, um nicht eine Luxation zu bewirken. Mit der von Kocher empfohlenen Excision des Fragments will sich Verf. nicht befreunden.

Auf die selteneren vom Verf. beobachteten Frakturformen können wir hier nicht eingehen, bemerken nur, dass er u. A. 2 isolirte Frakturen des Epicondylus externus, so wie einen Fall von Y-Fraktur gesehen hat.

Das Studium der Arbeit empfiehlt sich sowohl wegen des reichhaltigen darin enthaltenen Materials, als auch wegen der eingehenden Berücksichtigung der dieses Kapitel betreffenden Litteratur.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

15) **Davis.** Fractures of the internal condyle of the humerus and the correction of the resultant deformity by operative mensures.

(Annals of surgery 1899. Januar.)

Verf. macht auf die bekannten Verschiebungen des Condylus internus bei Frakturen von Neuem aufmerksam, welche bei schlecht erfolgter Heilung dem Vorderarm eine starke Neigung im Sinne der Adduktion geben. Zum Theil trägt an diesen schlechten Resultaten die bisherige Gewohnheit Schuld, alle derartige Frakturen mit rechtwinklig gebogenen Schienen zu behandeln. Bei einer solchen Stellung ist die Dislokation nicht zu merken, dieselbe tritt vielmehr erst hervor bei Extension des Vorderarms: daher auch die Empfehlung zur Beibehaltung einer gestreckten Stellung während der ganzen Dauer der Behandlung seitens mancher Chirurgen. Verf. bedient sich, weil die völlige Strecklage für ambulante Behandlung sich wenig eignet, stumpfwinklig gebogener Schienen, mit denen er bisher sehr gute Resultate erzielt hat. Die bereits ausgebildete und fest gewordene Deformität hat er mit einer linearen Osteotomie von der Innenseite des Humerus aus bei entsprechender Nachbehandlung in mehreren Fällen glücklich beseitigt.

Tietze (Breslau).

---

16) **Vitrac.** La méthode ambulatoire dans le traitement de diverses affections du membre inférieur; appareil de marche à étrier mobile.

(Presse méd. 1898. No. 17.)

Die Gehverbände bei Unterschenkelleiden haben sich in Frankreich nur langsam eingebürgert. Es ist das Verdienst, namentlich von Reclus, die Aufmerksamkeit von Neuem auf die Vorzüge dieser Behandlung zu lenken. Verf. erklärt die von Reclus angewandte Methode an der Hand mehrerer Fälle und zahlreicher Abbildungen. Dieselbe besteht vor Allem in der Einschaltung einer Doppelschiene, die aus zwei etwa 40 cm langen Holzschienen gebildet wird, welche unten durch einen 10 cm im Quadrat messenden Bügel aus Metall verbunden sind. Dieser Bügel ist mit Schrauben befestigt und verstellbar. Der Apparat ist sehr leicht (350—415 g) und besitzt eine gewisse Elasticität. Er eignet sich natürlich besonders für Frakturen etc. im unteren Drittel des Unterschenkels; aber er kann mit entsprechender Verlängerung der Seitenschienen auch bei Brüchen des Oberschenkels verwendet werden, wie auch nach Resektionen und bei Arthritis im Kniegelenk.

Tschmarke (Magdeburg).

---

17) J. Dollinger. Die ambulante Behandlung der Frakturen der unteren Extremitäten.

(Wiener Klinik 1898. November.)

D. theilt in der vorliegenden Veröffentlichung seine an 110 Fällen von Knochenbrüchen der unteren Extremitäten mit der ambulanten Behandlung gemachten Erfahrungen mit. Es handelt sich dabei um 70 Unterschenkel- und 40 Oberschenkelbrüche. Der Verband wird, wenn nicht besondere Komplikationen, wie Blutergüsse im Gelenk, vorliegen, sofort angelegt, und zwar ausschließlich aus besten Gipsbinden, ohne nachträgliches Aufstreichen von Gipsbrei. Die Gehversuche werden angestellt, sobald der Verband hart geworden ist. Bei komplicirten Frakturen wird selbstverständlich der Gehverband erst angelegt, sobald keine Komplikationen von Seite der Wunde mehr zu fürchten sind. Was die Erneuerung der Verbände betrifft, so führt sie D. bei einfachen Frakturen in letzter Zeit nur dann aus, wenn der erste Verband drückt, oder wenn zur Zeit seiner Anlegung ein großes Blutextravasat vorhanden war. Von 70 Unterschenkelbrüchen heilten 51, von den 40 Oberschenkelbrüchen 31 unter einem einzigen Verband. Stets wird die Erschütterung der gebrochenen Extremität durch Einlegen einer 3 cm dicken Wattesohle gelindert. Die Verbände werden nie auf die nackte Haut angelegt, sondern stets auf eine dünne Schicht Bruns'scher Watte.

Bei Brüchen in den 2 unteren Dritteln des Unterschenkels verwendet D. bei vermöglichen Pat. auch seine schon früher beschriebenen, mittlerweile aber modificirten Schienenstiefel, die aus einem Schnürschuh und einer Lederkapsel für den Unterschenkel bestehen, welche durch ein paar Stahlschienen mit einander verbunden sind. Dieselben werden für jeden Fall besonders nach einem Gipsmodell angefertigt. Bis zu ihrer Fertigstellung soll Pat. im Gipsverband herumgehen. (Für Brüche des Malleolus externus dürften diese Schienenstiefel wohl nicht ohne Weiteres Verwendung finden, da sie die zu Verhinderung späterer Valgusstellung erforderliche Überkorrektion nicht in genügendem Maße zu sichern scheinen. Dieser Punkt wird vom Verf. überhaupt, wie uns scheint, in seiner Arbeit zu wenig betont. Ref.)

Bei schiefen Brüchen mit starker Verkürzung wird der Verband unter der Wirkung eines Flaschenzugs angelegt, und zwar in der Weise, dass zuerst ein nur bis in die Höhe der Bruchstellen reichender Verband hergestellt wird, der einen Bindenzügel trägt. Nach Erstarren dieses Verbandtheils wird unter Distraktion mit dem Flaschenzug der obere Theil des Verbands hinzugefügt.

Bei hohen Unterschenkelbrüchen wird der Verband bis zum Sitzknorren hinaufgeführt, ebenfalls mit Anwendung des Flaschenzugs bei starker Verkürzung.

Der Verband wurde bei Unterschenkelbrüchen in der Regel am Ende der 6. Woche entfernt. Die in 10 Fällen noch unvollkommene

Verknöcherung erfolgte nach Anlegung eines leichteren zweiten Verbands.

Was die Oberschenkelbrüche betrifft, so wird der Verband ebenfalls zweizeitig angelegt, und zwar unter Wirkung eines oberhalb des Kniegelenks angreifenden Flaschenzugs. Der erste Theil des Verbands reicht bis in die Mitte des Oberschenkels, während der zweite Theil den oberen Theil des Oberschenkels und das Becken umfasst. Die auf diese Weise erreichten Resultate sind sehr günstig, indem 16 Oberschenkelbrüche ohne Verkürzung, 9 mit einer Verkürzung von höchstens 1 cm und 5 von 2—$2^1/_2$ cm Verkürzung heilten. In einem einzigen Falle betrug die Verkürzung 3 cm.

Für technische Einzelheiten sei auf das in dieser Beziehung sehr reichhaltige Original verwiesen. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

18) **J. Dollinger.** Heilung der Oberschenkelfrakturen bei Säuglingen und kleinen Kindern.

(Ungar. med. Presse 1898. No. 22 u. 23.)

Nach Schilderung der bisherigen Verfahren, welche als unzulänglich bezeichnet werden, beschreibt Verf. ein eigenes, in 3 Fällen mit Erfolg erprobtes.

Der in eine Beugung von 90—100° zum Stumpf gebrachte Oberschenkel wird an seiner vorderen und hinteren Seite mit einer aus Gips-Mullbinden modellirten Schiene versehen, welche am Fuß beginnt, am Stumpf hinten und vorn fächerförmig sich ausbreitet und bis über die Nabelhöhe hinaufreicht. Die Schienen werden unter Vermittlung einer Polsterung angelegt. **Neugebauer** (M. Ostrau).

---

19) **F. Pels Leusden.** Über die bei Tuberkulose des Kniegelenks zu beobachtenden Wachsthumsveränderungen am Femur.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 257.)

P. L. berichtet aus der Göttinger Klinik über Knochenmessungen an den Beinen tuberkulös gonitiskranker Kinder, deren von April 1896 bis Oktober 1898 im Ganzen 34 beobachtet wurden. Um genaue Resultate zu erlangen, wurden bei 16 Pat. beide Femora skiagraphirt, wodurch die Knochen ganz exakt messbar wurden, so dass diese Methode trotz ihrer Kostspieligkeit zu empfehlen ist. Diese Messungen ergaben, dass, so lange die Krankheit im Fortschreiten ist, Femurverkürzung ein seltenes, Femurverlängerung dagegen ein sehr häufiges Vorkommnis ist. 8 Fälle, noch allzu kleine Kinder betreffend und desshalb auch kein zuverlässiges Resultat versprechend, blieben außer Acht. In den übrigen ergab sich im Ganzen nur 2mal eine geringe Verkürzung, 13mal eine Verlängerung des Femur der erkrankten Seite; in 16 Fällen ist das Messresultat durch Röntgen-

bilder belegt. Die kürzeste Zeit, nach welcher eine erheblichere Verlängerung konstatirbar war, betrug $^1/_2$ Jahr, sonst meist $^3/_4$ Jahr und mehr seit Beginn der Gelenkerkrankungserscheinungen. Die Verlängerungsgröße betrug 0,5—2,4 cm. Dabei zeigte eine Anzahl der verlängerten Femora eine Einbuße am Dickendurchmesser, bis zu 3 mm betragend, jedenfalls eine Erscheinung von Inaktivitätsatrophie. Messungen, besonders aber die Röntgenbilder zeigten ferner, dass die Wachsthumsverlängerung der Hauptsache nach von der unteren Oberschenkelepiphyse ausgeht, und muss desshalb wohl ein der Kniegelenkserkrankung zuzuschreibender Wachsthumsreiz auf die untere Epiphysenlinie wirkend angenommen werden.

Nach Erlöschen der Knieerkrankung nehmen die meisten Autoren das Eintreten einer nachträglichen Wachsthumshemmung am Femur an. Konstant ist eine solche, wie L. ausführt, jedenfalls nicht. Er giebt die Knochenmaße von 2 Fällen, wo die im Blüthestadium der Krankheit erworbene Femurverlängerung die Ausheilung überdauert hat.

Die einschlägige Litteratur der Knochenwachsthumsstörungen bei Gonitis tuberculosa ist berücksichtigt und zusammengestellt. (23 Nummern zählendes Verzeichnis.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

20) **E. A. Wuth.** Über angeborenen Mangel, so wie Herkunft und Zweck der Kniescheibe.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 4.)

W. beobachtete einen Pat., der einen Mangel der Kniescheibe zeigte. In der Familie des Betreffenden war diese Anomalie erblich bei den männlichen Mitgliedern, und zwar schon im dritten Glied, während die weiblichen Abkömmlinge normale Kniescheiben besaßen. Dieses Vorkommnis führte den Verf. zu interessanten Studien über die Herkunft und den Zweck der Kniescheibe, welche bekanntlich im Allgemeinen als Sesambein angesehen wird, das durch Reibung der Quadricepssehne auf den Kondylen des Oberschenkels entstehen soll. W. kritisirt nun auf das eingehendste diese Theorie und die sich daran anschließenden Motivirungen von Pfitzner und Thilenius u. A. Unter Heranziehung von Analogien und Entwicklungsstudien aus der Thierreihe kommt er zu dem Schluss, dass die ursprünglich zuerst von Winslow ausgesprochene Ansicht, die Patella sei ein olekranonähnlicher Fortsatz der Tibia, auf die richtige Bahn leite. Besonders werthvoll sind für die vom Autor entwickelten Anschauungen die bei einigen Vogelarten vorliegenden Verhältnisse, wie z. B. beim Polartaucher. Die einschlägigen Vergleiche führen W. zu der Ansicht, dass auch die Kniescheibe der Säugethiere mit großer Wahrscheinlichkeit als eine freigewordene Apophyse der Tibia zu betrachten ist, derart, dass bei den Säugethiervorfahren diese starke Apophysenbildung existirt hat, und die Patella aus ihr hervorgegangen ist. Diese Auffassung hat mancherlei für sich; so lässt sie von der höchst zweifelhaften Entstehung von Knorpel- und

Knochengewebe außerhalb allen Zusammenhangs mit dem übrigen homologen System absehen. Die interessante entwicklungsgeschichtliche Studie soll Anregung zu weiteren Forschungen über das bezeichnete Thema geben. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

21) **A. Caselli.** Le resezioni nel trattamento della tubercolosi del piede.

(Festschrift für Durante. Rom 1898.)

Der inzwischen verstorbene Verf. erörtert an der Hand von halbschematischen Abbildungen und Krankengeschichten die von ihm gewöhnlich verwendeten Resektionsmethoden bei Fußtuberkulose. Princip ist, glatte Trennung der Knochen im Gesunden und primäre Adaptirung der Wundflächen; erkrankte Weichtheile werden in toto exstirpirt. Bei Herden im Vorfuß und den Keilbeinen, mit oder ohne Betheiligung des Naviculare, werden die Knochen zwischen 2 die Erkrankung begrenzenden parallelen queren Resektionsschnitten von 1 oder 2 seitlichen Längsschnitten aus entfernt, so bei Befallensein eines Keilbeins meist die vordern mit. Ist der vordere Tarsus ergriffen, verwendet C. die Bardenheuer-Bruns-Helferich'sche Schnittführung. Ist auch der Talus oder gar Calcaneus mit ergriffen, so macht er eine Resectio tibio-calcanea mit beiderseitigem Längsschnitt auf die Knöchel, trägt diese ab und erhält so freien Zugang zum Tarsus, von dem ähnlich wie bei der Bruns-schen Operation die kranken Knochen entfernt werden. Liegen Fisteln auf einer Seite, so werden die Weichtheile dort mitgenommen, und man kann die ganze Resektion von diesem Schnitt aus vollenden. Bei Fisteln auf dem Dorsum hat C. endlich eine, von ihm unabhängig auch von Veuillet (Lausanne) ausgeführte Operation ausgeführt, welche die kranken Theile bis auf den Knochen ausschneidet und letztere einerseits dicht vor dem Lisfranc'schen, andererseits hinter dem Chopart'schen Gelenk durchtrennt. Die Operation erinnert sehr an die inzwischen von Witzel angegebene »Exartikulation nach Chopart mit Erhaltung der Zehen«. C. hat sie 2mal mit gutem Erfolg gemacht. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

22) **J. Bastian.** Étude expérimentale sur quelques types de fractures astragaliennes.

(Revue de chir. 1899. No. 3.)

B. hat unter Kummer's Leitung eine größere Reihe von Experimenten ausgeführt, um den Mechanismus der Talusbrüche zu studiren. Zur Verwendung kamen hierbei theils einzelne Talusknochen, theils ganze Füße in frischem oder trocknem Zustand, bezw. in Alkohol aufbewahrte Präparate, theils ganze Leichen. Bezüglich der Anordnung der Versuche möge die Arbeit selbst eingesehen werden. Hier sei nur Folgendes erwähnt: Bei einer Reihe derselben wurde Kompression des Knochens zwischen planen Flächen in vertikaler oder lateraler

Richtung bei heftiger oder langsamer Gewalteinwirkung herbeigeführt; hierbei entstanden Brüche »per inflexion«, die fast in der frontalen Ebene des Knochens und im Niveau des Halses oder der Rolle, je nach der Form des Knochens, gelegen waren; charakteristisch für sie war, dass das Maximum der Diastase sich an der der Gewalteinwirkung entgegengesetzten Seite des Knochens zeigte. Bei weiteren Versuchen erfolgte die brüske oder allmähliche Kompression des Knochens zwischen keilförmigen Flächen. Bei den hierbei entstandenen Frakturen »par pénétration« fand sich die größte Diastase an der Stelle der Gewalteinwirkung; sie verliefen horizontal oder schräg und gingen stets mit Luxation oder Subluxation des Knochens einher. Beide Mechanismusarten — durch »Inflexion« und durch »Pénétration« — können sich bei sehr schwerer Gewalteinwirkung vereinigen, woraus dann T- oder Y-förmige Brüche hervorgehen. — Schließlich konnten auch noch durch brüske Bewegungen (dorsale Flexion) Rissfrakturen erzeugt werden, die sich vorzugsweise an der hinteren Apophyse geltend machten (Décollement épiphysaire«); letztere kann jedoch auch in Folge einer theilweisen Inflexion durch »Avulsion« abbrechen.

Die einzelnen Experimente, über 50 an Zahl, sind am Schluss der Arbeit, hinsichtlich ihrer Anordnung und ihrer Ergebnisse, kurz mitgetheilt.

Kramer (Glogau).

---

23) **Bähr.** Auftreten von Plattfußbeschwerden bei Beinverletzungen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 7.)

Auch nach gut geheilten Unterschenkelbrüchen, nach Oberschenkel- und Beckenbrüchen treten nicht selten Plattfußbeschwerden auf. Verf. führt die Krankengeschichte eines solchen Falles an. Es handelte sich um einen Oberschenkelbruch. Der Pat. musste der Plattfußbeschwerden wegen mit Plattfußstiefel entlassen werden.

Ursächlich in Zusammenhang mit den genannten Beinverletzungen können diese Plattfußbeschwerden nach Ansicht des Verf. durch den in Folge ersterer bedingten veränderten Gang gebracht werden. Das Bein wird abgespreizt und mit Außenrotation aufgesetzt, dadurch eine Veränderung in der Abwicklung des Fußes bedingt und eine stärkere Belastung im inneren Abschnitt des Fußes sowohl bei Dorsalflexion als Plantarflexion desselben hervorgerufen. Der Grad eines schon vorher vorhandenen Plattfußes bestimmt nicht immer die Stärke der Plattfußbeschwerden; erst ein dazu kommendes Trauma braucht die Beschwerden auszulösen.

Motz (Hannover).

---

24) **A. Schanz.** Über Plattfußbeschwerden, Plattfußdiagnose und Plattfußbehandlung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VI. Hft. 3 u. 4.)

Verf. schildert in anschaulicher und anregender Weise die Beschwerden des Plattfußes, wie sie entstehen, sich allmählich ent-

wickeln und zu Fehldiagnosen Veranlassung geben. Hinsichtlich der Therapie spricht sich in der Arbeit ein klares Urtheil über den Werth der Hilfsmittel aus, welche bisher zur Behandlung des Plattfußes empfohlen worden sind. Es wird gezeigt, dass mit einfachen Mitteln, wenn sie richtig angewandt werden, stets am meisten zu erreichen ist.

J. Riedinger (Würzburg).

25) **E. Aievoli** (Neapel). Sulla patogenesi statico-meccanica dell' hallux valgus. II.

(Gl' incurabile 1898.)

Die vorliegende Abhandlung bildet eine neuerliche Ausführung der schon 1895 von A. aufgestellten Ansicht (cf. Ref. in d. Centralblatt 1895 p. 1008), dass Hallux valgus eine Erkrankung durch specifische Belastung ist und durch individuelle permanente Projektion der Körperlast beim Stehen und Gehen ausgebildet wird. A. stützt seine Theorie durch mehrere neuere physiologische Erfahrungen.

J. Sternberg (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

26) **P. G. Unna.** Ein einfacher Heißluftbrenner.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 7.)

Als einfachste Form des Heißluftapparats empfiehlt U. einen Ansatz zum Mikrobrenner, bei welchem das Luftloch an die Spitze des Platinbrenners verlegt ist (bei Bauer & Häselbarth, Eimsbüttel). Er erzielt auf diese Weise Temperaturen von 70—80° (bei 5—2 mm Entfernung), und diese genügen, um Naevi, Warzen etc. ohne Anästhesirung zu zerstören. Er verwendet diese Methode auch zur Behandlung von Ulcera mollia, die für die Abtragung mit dem Rasirmesser nach Vereisung nicht günstig lokalisirt sind. **Jadassohn** (Bern).

27) **J. Miller** (Hamburg). Zur Verwendung gestielter Hautlappen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 250.)

Es werden 3 von C. Lauenstein operirte Fälle beschrieben. 1mal handelte es sich um Deckung eines Hautdefekts an der Hand, und hier wurde ein gestielter Hautlappen des Bauches verwandt, 2mal um Defekte an einem Fuß, in welchen Fällen der Decklappen aus der Wade der anderen Seite entnommen wurde. Ein Gipsverband sorgte für die Fixirung der Glieder bis zur Anwachsung der Lappen. Die letztere erfolgte nach Wunsch, obwohl in Fall 2 partielle Lappengangrän und in Fall 3 Eiterung unter dem Lappen eintrat. Vor Trennung des Lappenstiels wurden zur Prüfung der Lebensfähigkeit der Lappen vorübergehende probatorische Stielabschnürungen vorgenommen, was als zweckmäßig weiter zu empfehlen ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **P. Tichow.** Zur Lehre von den Knochenbrüchen.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. Hft. 4.)

T. untersuchte das Material der Kasaner Poliklinik, 1881—1896. Unter allen traumatischen Fällen waren 10—14% Frakturen. Die einzelnen Knochen sind so betheiligt: Schädel und Gesicht 75mal, Wirbelsäule 6, Becken 3, Brustbein 1, Rippen 400, Schulterblatt 16, Schlüsselbein 283, Oberarm 180, Vorderarm 614, Hand 97, Oberschenkel 132, Kniescheibe 8, Unterschenkel 198, Fuß 16, im Ganzen 2029. Am häufigsten kommen die Brüche zwischen 30—60 Jahren vor. Komplicirt waren 2%. — In der Klinik waren 300 Fälle in Behandlung, davon 12% komplicirt; Schädel, Gesicht 25, Wirbelsäule 5, Rippen 19, Becken 5, Schulterblatt 1,

Schlüsselbein 7, Oberarm 15, Vorderarm 18, Hand 3, Oberschenkel 56, Kniescheibe 3, Unterschenkel 139, Fuß 4. Verf. bespricht genau die einzelnen Frakturen. **Glückel** (B. Karabulak, Saratow).

29) Loewe. Fälle von Verlust des Deltamuskels mit erhaltener Erhebungsfähigkeit des Arms.

(Ärztliche Sachverständigenzeitung 1899. No. 14.)

Bereits Duchenne hatte gefunden und an einem Falle nachzuweisen gesucht, dass nach dem Schwund des Deltamuskels der Obergrätenmuskel die Funktion desselben übernehmen, hierbei indessen der Arm nur schief nach vorn und außen gehoben werden könne. Der letzteren Ansicht tritt Verf. gegenüber. Er bringt die Krankengeschichten dreier von ihm beobachteter Fälle, von zweien auch die Autotypien, bei denen trotz völligen Schwunds des Deltamuskels durch Übernahme der Funktion desselben durch den Obergrätenmuskel der Arm auch seitwärts erhoben werden konnte. Im Fall I war der Schwund des Deltamuskels durch eine Quetschung, im Fall II durch Verrenkung und vermuthliche Quetschung, im Fall III durch Verrenkung des betreffenden Schultergelenks eingetreten.

Eine Erklärung für die Thatsache, dass in vielen Fällen von Lähmung oder Schwund des Deltamuskels die geschilderte Wirkung ausbleibt, sieht Verf. in der wechselnden Verlaufsrichtung desselben. Nur in den Fällen hält er die Wirkung des Obergrätenmuskels in der geschilderten Weise für möglich, in denen derselbe nicht um den Hals des Oberarms herumgehe, sondern mehr über den Kopf hinziehe und seine Ansatzstelle tiefer als gewöhnlich habe. **Motz** (Hannover).

30) Thorn. Über partielle subkutane Zerreißung einer Beugesehne am Vorderarm mit sekundärer Bildung einer ganglionähnlichen Degenerationscyste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 4.)

Verf. hat bekanntlich schon früher sehr interessante Studien über das Wesen und die Entstehung von Ganglien gemacht. Erinnert sei an den wichtigen Befund, den T. dort schildert, nachdem er eine als Ganglion anzusprechende Cyste innerhalb der Substanz einer Strecksehne fand. Derartige, als Degeneration aufzufassende Processe können nun nach des Verf. Ansicht zu Rupturen der Sehnen führen. Wenn man diese Anschauung nicht schon längst ausgesprochen hat, so liegt dies nach T. daran, dass man diese degenerativen Vorgänge nicht kannte. Die vorliegende Arbeit schildert nun die Krankengeschichte wie den eingehenden werthvollen mikroskopischen Befund eines Falles, der den Zusammenhang zwischen Ganglion und Sehnenzerreißung deutlich illustrirt; derart aber, dass umgekehrt eine nicht vollkommene Sehnendurchtrennung subkutaner Art mit ihren an die Zerreißung und Auffaserung der Sehnenbündel sich anschließenden degenerativen Veränderungen an den Sehnenstümpfen und in der Umgebung zur Bildung einer als Ganglion aufzufassenden Cyste führte. Diese wiederholt genannten degenerativen Vorgänge entsprechen denjenigen, welche auch nach offener Sehnendurchschneidung gefunden werden. Verf. kann nicht entscheiden, ob in dem beschriebenen Falle der bei dem Trauma entstandene Bluterguss eine Rolle bei der Ausbildung der Veränderungen gespielt hat. Während nun auf der einen Seite bei einer solchen Verletzung reparatorische Vorgänge an der Stelle der Durchreißung eine Heilung herbeiführen können, vermag auf der anderen Seite, wie bei T.'s Fall wohl auch im Allgemeinen, die Einleitung degenerativer Processe mit einer Cystenbildung zu enden. Damit wäre wiederum eine weitere Klärung der Ätiologie des bisher noch dunklen Gebiets gegeben. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

31) Jayle et Jarvis. Ektrodaktylie des deux pieds. Ektrodaktylie et syndaktylie de la main droite.

(Presse méd. 1898. No. 18.)

Diese angeborene Missbildung ist sehr selten; Verff. konnten nur 9 ähnliche Fälle aus der Litteratur zusammenstellen. Ihre eigene Beobachtung machten sie

an einem 26jährigen Mädchen, das 12 Geschwister hatte, von denen 3 ebenfalls Missbildungen an Händen und Füßen besaßen. Mittels Röntgenbildern wurden die Verhältnisse der Knochen klargestellt und in der Arbeit durch 5 Abbildungen illustrirt. Die rechte Hand hatte einen verkürzten 5., einen normalen Ringfinger und einen sehr verbreiterten Daumen. Nach dem Skiagramm fehlte der Mittelfinger; der 3. und 4. Metacarpus standen gemeinsam mit dem 4. Finger in Gelenkverbindung. Die Phalangen des 2. Fingers und des Daumens bildeten einen knöchernen Ring. Der Daumennagel zeigte eine Furchung, als ob er aus zweien zusammengeschmolzen sei. Der rechte Fuß ist bedeutend kürzer als der linke. Beide Füße besitzen nur 2 Zehen, die große und die kleine. Am linken Fuß artikuliren die Phalangen der großen Zehe mit 2 Metatarsen; der 3. Metatarsus ist rudimentär; das Cuboideum setzt sich in einen normalen Metatarsus fort, der 3 Phalangen trägt. An dem rechten Fuß besitzt die kleine Zehe 2 Metatarsalknochen. Zur großen Zehe scheinen 2 Metatarsi zusammengeschmolzen zu sein. Zwischen den beiden stark divergirenden Zehen besteht ein freier dreieckiger Raum. Die kleinen Fußwurzelknochen zeigen normale Gestalt und Konfiguration. Das Mädchen kann beide Füße gut gebrauchen und ist mit ihrer verkrüppelten Hand sehr geschickt. **Tschmarke** (Magdeburg).

32) **Bögle** (München). Ein neuer Stütz- und Kontentivapparat.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 23.)

Die üblichen portativen Stützmaschinen erlauben zwar eine Streck- und Beugebewegung in den Gelenken, jedoch keine Rotationen, wie sie sonst während des Gehens etc. einzutreten pflegen. Um auch diese zu ermöglichen, hat B. seinen aus einer Anzahl dünner, gut federnder, bandartiger Stahlschienen bestehenden Apparat konstruirt, der durch eine gute Abbildung erläutert wird; die Schienen umhüllen, von den Scharniergelenken divergirend, die einzelnen Glieder des Beins und laufen in einem gemeinschaftlichen Drehpunkt zusammen. Über Einzelheiten siehe die Arbeit selbst. Das Gewicht des Apparats beträgt $1^1/_3$ bis $1^1/_2$ Pfund. **Kramer** (Glogau).

33) **de Grandmaison.** Névrite sciatique double chez une accouchée.

(Méd. moderne 1899. No. 44.)

Schon während der letzten 4 Schwangerschaftsmonate hatte die Pat. unter dauernden heftigen neuralgischen Schmerzen gelitten, welche in der rechten Regio sacralis lokalisirt waren und von da in die rechte Hinterbacke, dem Verlauf des N. ischiadicus entsprechend, ausstrahlten und das Hinsetzen und Aufstehen sehr erschwerten. Pat. wurde am 3. November 1898 von einem hydrocephalischen Kind entbunden, das gleich nach der Geburt starb. Während der Kopf der Frucht im Allgemeinen in einen enormen Sack von kautschukartiger Konsistenz verwandelt war, waren die zwar unvollständig entwickelten Stirnbeine außerordentlich hart und endeten 2querfingerbreit über dem Margo supraorbitalis mit einem scharf gezackten Rand. Dieser knöcherne Theil des Schädels musste entsprechend der Lage des Fötus dem rechten Theil des Promontoriums angelegen und hier die Wurzeln des Plexus sacralis und einen Theil des Plexus selbst komprimirt haben.

Nach der Entbindung lag Pat. 3 Wochen zu Bett und machte ein absolut fieberfreies Wochenbett durch. Bei dem Versuch, dann aufzustehen, stellten sich solch heftige Schmerzen im Verlauf des rechten Ischiadicus ein, dass der Versuch als unmöglich aufgegeben werden musste. Am 3. December, als die Schmerzen anfingen nachzulassen, entwickelte sich ein von unten nach oben fortschreitendes, weiches, schmerzloses Ödem bei völligem Fehlen von Varicen am rechten Bein. Bettruhe bis zum 14. December mit Gummistrumpf. Beim Aufstehen an diesem Tag plötzlich heftige, klassische, linksseitige Ischias, die sich bis zu völliger Funktionsunfähigkeit des linken Beins und extremster Schmerzhaftigkeit gegenüber den geringsten Bewegungen steigert. Dabei nimmt das Ödem am rechten Bein trotz Gummistrumpf zu. Bindenkompression desselben neben Natr. salicyl. innerlich. 25. December Ischias rechts verschwunden, das Bein hat seinen normalen

Umfang wiedererlangt. 4. Januar 1899 Ischias links unter Methylchloridbehandlung verschwunden, Pat. steht auf: sofort Ödem des linken Beins. Bettruhe und Einwicklung. 1. Mai 1899. Unter Massage und schwedischer Heilgymnastik langsame vollkommene Genesung.

G. führt die rechtsseitige Ischias allein auf die oben erwähnte Kompression des Plexus ischiadicus vor und während der Geburt zurück; infektiöse Einflüsse glaubt er mit Rücksicht auf den vollkommen fieberfreien Verlauf mit Sicherheit ausschließen zu können. Eben so bezieht er das im Zustand vollkommener Ruhe eingetretene Ödem, das in seinen Symptomen von dem bei Phlegmasia alba dolens absolut verschieden war, auf eine Lähmung der vasomotorischen Fasern des Ischiadicus. Die Kompression des linken Plexus ischiadicus war eine weniger direkte; die Folgen derselben traten dem entsprechend erst hervor, als die Pat. beim 1. Aufstehen die ganze Körperlast auf das linke Bein verlegte, um das rechte zu schonen.

R. v. Hippel (Dresden).

34) **E. G. Ssalistschew.** Exarticulatio interileo-abdominalis.

(Wratsch 1899. No. 25 u. 26.)

Die Exartikulation der unteren Extremität mitsammt dem halben Beckenknochen wird bekanntlich nach 2 Methoden ausgeführt: nach Jaboulay wird die Symphyse durchtrennt und die gemeinsamen Iliacalgefäße unterbunden (3 Fälle von Jaboulay und 1 von Caccioppoli, alle gestorben); nach Girard und Bardenheuer werden die A. iliaca ext. und die Hypogastrica unterbunden und die Knochen medial vom Foramen obturat. geschont (3 Fälle Girard's, davon 2 geheilt, und 1 ebenfalls geheilter Fall Bardenheuer's). Die erste derartige Exartikulation wurde 1889 von Billroth ausgeführt (Ausgang †). — S. operirte mit einigen Modifikationen nach Jaboulay. Der 38jährige Pat. leidet seit 2 Jahren an Sarkom des Beckenknochens, das oben bis zum Nabel reicht, unten auf den Oberschenkel übergreift; die Länge des Tumors — von unten nach oben — beträgt 38 cm, die Breite 30, der Umfang des Schenkels ist rechts 97, links 46 cm. Sehr starke Schmerzen. Die Zweige der Iliaca communis und die untere Hälfte des M. psoas major sind in der Geschwulst aufgegangen. Operation 8. December 1898. Schnitt vom Ende der 12. Rippe zur Spina ant. sup., dann über dem Lig. Poup. zum Tub. pubis, bis ans Bauchfell. Die Iliaca communis wird 3 cm von der Aorta unterbunden. Nun wird ein ovalärer hinterer Lappen gebildet: Schnitt vom Tub. pubis durch die Femoroperinealfalte zum Tuber ischii, dann horizontal nach hinten, hinter dem Trochanter major nach oben zur Mitte der Crista ilei, wo er mit dem 1. Schnitt zusammentrifft. Durchtrennen der Symphyse nach Ablösung der Weichtheile, leichte Abhebung der Gebilde im Becken vom Knochen, Durchschneiden des M. psoas, des N. femoralis, der Vasa et Nervi obturatorii und des Nervengeflechts. Nun wurden die Bänder des Ileosacralgelenks durchschnitten und somit die Extremität abgetrennt. Blutung der großen Wunde mäßig. Nun werden die Muskeln im Wundrand vernäht: hinten die Bauchwandmuskeln mit dem Sacrolumbalis und Psoas major, vorn mit dem Glutaeus major, dessen unterer Rand an den Rectus abdominis angeheftet wurde. So schloss S. die ganze Wunde. Hautnaht. Ein Theil der Wunde musste wegen Eiterung geöffnet werden, heilte aber per secundam mit späterer Transplantation von Haut bis zum März 1899 vollständig zu. Die Funktionen der Beckenorgane blieben ungestört, nur konnte im Anfang der Harn nicht gleich gelassen werden; doch schwand das weiterhin. Die Geschwulst — ein Periostalsarkom — nahm ihren Ursprung vom Centrum des Beckenknochens, wuchs durch das For. obturat. auf den Schenkel und war mit dem Femurperiost verwachsen; ein weiterer Theil wuchs gegen die Bauchhöhle. Die in Alkohol und Formalin gehärtete Geschwulst war 28—26—17 cm groß und wog 6 kg ohne den Inhalt eines 12 × 10 cm großen Erweichungsherdes. — Der Fall ist also der 1. geheilte nach Jaboulay's Methode. 4 Bilder zeigen den Pat. vor und nach der Operation und die Schnittrichtung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).



35) **Tietze.** Zur Kasuistik der Kniegelenksverletzungen.
(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 7.)

Verf. bringt die Krankengeschichten von 4 Kniegelenksverletzungen. Bei Fall 1, einer durch Fall nach rückwärts und gleichzeitiger bei gebeugtem Knie ausgeführter abnormer reflektorischer Kontraktion des M. quadriceps entstandenen subkutanen Zerreißung des Lig. patellae und der angrenzenden Kniegelenkskapsel war nach offener Naht des Bandes und der zerrissenen Kapsel Heilung mit vollständiger Wiederherstellung der Funktion eingetreten. Im Anschluss an diesen Fall geht Verf. unter Würdigung einer diesbezüglichen Arbeit von Walz auf die Entstehungsursachen der Zerreißungen des Sehnen- und Bandapparats der Kniescheibe näher ein.

Im Fall II, einer Zerreißung des Bandapparats des Kniegelenks durch Fall von einer Fußbank und heftiges Aufstoßen mit der Innenseite des linken Knies auf den Erdboden, konnte bei Verweigerung eines operativen Eingriffs durch Anlegung eines abnehmbaren Gipsverbands eine Heilung nicht erzielt werden.

Im Falle III und IV handelt es sich um Gelenkmäuse im Kniegelenk. Bei Fall III hält Verf. die Entstehung durch ein Trauma für erwiesen, im Falle IV für wahrscheinlich. In beiden Fällen trat nach einem operativen Eingriff Heilung ein. **Motz** (Hannover).

36) **Spitzy** (Graz). Über die pathologische Mechanik eines Kniegelenks mit angeborener Luxation der Patella.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VI. Hft. 3 u. 4.)

Bei der 10jährigen Pat. trat dadurch, dass die Kraftrichtung des Quadriceps nach außen verlagert war und schief am Unterschenkel angriff, bei der Streckung, die nicht vollständig gelang, wesshalb sich eine Kontraktur des Hüft- und Kniegelenks ausbildete, eine Rotation des Unterschenkels nach außen ein. Wurde die Pat. aufgefordert, das Bein in Streckstellung von der Unterlage abzuheben, so erfolgte ebenfalls eine Außenrotation des Unterschenkels, zugleich aber auch eine Beugung desselben. Verf. vergleicht die pathologische Mechanik des Kniegelenks mit der normalen und bezeichnet als primäre Ursache des Krankheitsbildes die ungewöhnliche Außendrehung der Tibia. Die Verrenkung der Kniescheibe wird erst in zweiter Linie in Betracht gezogen. An demselben Gebrechen litten mehrere Familienmitglieder der Pat. Die Therapie bestand in Tenotomien (Escherich), Gipsverbänden und methodischen Übungen, wodurch ein gutes Resultat erzielt wurde. **J. Riedinger** (Würzburg).

37) **Goldthwait.** Permanent dislocation of the patella.
(Annals of surgery 1899. Januar.)

Verf. behandelte eine Pat., bei welcher sich im Verlauf von 20 Jahren, während welcher Zeit sie fleißig hatte Maschine nähen müssen, wie er glaubt, im Anschluss an diese Beschäftigung eine starke seitliche, permanent bleibende Verschiebung der Kniescheibe nach außen entwickelt hatte. Da die Frau viel Beschwerden hatte, und jede andere Behandlung nutzlos erschien, so legte Verf. die Kniescheibe und ihr Band durch einen schräg von oben außen nach unten innen errichteten Schnitt bloß, eröffnete die Kapsel und meißelte die Tub. tibiae mit daran haftendem Lig. patella ab. Dadurch wurde die Kniescheibe so verschieblich, dass sie sich leicht nach innen an ihre normale Stelle bringen ließ. Die Tuberositas wurde am inneren Rand des Schienbeinkopfes befestigt, die innere Seite der schlaffen Kapsel durch Faltennähte verkleinert und der Quadriceps, um jede unwillkürliche Zerrung der Kniescheibe zu verhindern, zu $^3/_4$ seiner Breite durchschnitten. Es trat Heilung mit dem gewünschten Erfolg in funktioneller und kosmetischer Beziehung ein. Auf der linken Seite war der Erfolg allerdings in Folge von Störungen im Wundverlauf nicht ganz so vollkommen.

Tietze (Breslau).



38) **R. Faltin.** Ett fall af gonorrhoisk gonit med gonokocker i en periartikulär abscess.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLI. p. 415.)

Verf. beschreibt einen Fall von Gonarthritis bei einem 33jährigen, im 6. Monat graviden Mädchen, wo keine objektiven noch subjektiven Symptome von Kolpitis oder Urethritis vorhanden waren. Kulturversuche aus dem Genitalkanal blieben stets negativ. Nur in einem periartikulären Abscess fanden sich Kokken, welche sich schnell und vollständig nach Gram färben ließen. — Die therapeutische Behandlung der besonders schmerzhaften Gelenkaffektion resultirte in eine völlige Ankylose.

Verf. liefert im Anschluss an seinen Fall eine Übersicht über die gonorrhoischen Gelenkentzündungen, in welchen der Gonokokkenbefund sicher konstatirt worden ist, nebst orientirenden Bemerkungen über die Diagnose, Prognose, pathologische Anatomie und Therapie derselben. Den vom Verf. beobachteten Fall stellt er in die Gruppe, welche König als Phlegmone periarticularis bezeichnet hat (Ollier's Forme ankyloïde). Die vor Allem zu vermeidende Ankylose konnte Verf., der seinen Fall erst 8 Wochen nach dem Anfang der Krankheit zur Behandlung bekam, nicht umgehen. Jedenfalls muss man Verf. darin Recht geben, dass die periartikulären Veränderungen unter allen Umständen solcher Art sind, dass die Gewebe früher oder später schrumpfen und somit eine Ankylose herbeiführen müssen. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

39) **Poirier.** Remplacement de la diaphyse tibiale par la diaphyse péronière.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 559.)

Bei einem 9jährigen Knaben hatte P. $^3/_4$ der durch Osteomyelitis nekrotisirten Tibia durch Einpflanzung der Fibula ersetzt. Eine 1 Jahr nach der Operation aufgenommene Röntgenphotographie zeigte die transplantirte Fibula stark hypertrophirt auf mehr als das Doppelte ihres früheren Volumens. Diese Hypertrophie nahm stetig zu, und bei einer 2. photographischen Aufnahme 33 Monate nach der Operation maß die Breite der Fibula 20 mm, die der Tibiadiaphyse 30 mm. Die Fibula hatte also durch die Funktion ein Volumen von $^2/_3$ dessen der Tibia erreicht. **Reichel** (Chemnitz).

40) **Bertelsmann.** Über Versuche mit Neu-Tuberkulin.

(Mittheilungen a. d. hamburgischen Staatskrankenanstalten 1899. Sonder-Abdruck.)

B. berichtet über den Erfolg der im Ganzen bei 19 an chirurgischer Tuberkulose leidenden Kranken in der Abtheilung Sick's vorgenommenen Behandlung mit Neu-Tuberkulin, in deren Verlauf lokale Reaktionen an den erkrankten Körperstellen entweder gar nicht oder nur in sehr beschränktem Grad bemerkt wurden. Die eingeleiteten Kuren konnten in 9 Fällen vollständig durchgeführt werden, während es sich 10mal um unvollständige Kuren handelte. Zur Behandlung kamen Fälle von Coxitis, Spondylitis, Lupus, Bauchfelltuberkulose u. A.; in allen Fällen sind die Kranken während der Injektionskur stets nach chirurgischen Principien weiter behandelt worden. Eine deutliche, mit Sicherheit auf das Tuberkulin zu beziehende Wirkung, das Verblassen, Eintrocknen und Schwinden der Knötchen, war allein bei den Lupuskranken wahrzunehmen, aber nur ein Pat., der übrigens gleichzeitig der Wirkung der Röntgenstrahlen ausgesetzt wurde, blieb, wenigstens lokal, recidivfrei. Im Übrigen glaubt B., aus seinen Fällen schließen zu dürfen, dass auf diesem Wege der Krankheit nicht genügend beizukommen ist, und er hofft, dass das Neu-Tuberkulin doch noch nicht »das beste aller Tuberkuline« ist. **Sultan** (Göttingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 36. **Sonnabend, den 9. September.** **1899.**

1) The medical annual 1899.

Der bekannte Jahresbericht amerikanischer Autoren präsentirt sich auch dies Mal in einer seinen Vorgängern in Form und Inhalt gleich würdigen Art und Weise. Wie früher, ist auch die ausländische Litteratur sorgfältig berücksichtigt, so dass das Buch bei seiner Handlichkeit als Nachschlagewerk außerordentlich viel Vortheile besitzt. Besondere Erwähnung verdienen die zahlreichen, meist sehr guten Abbildungen, welche zum Verständnis der Darstellung ungemein beitragen.

Tietze (Breslau).

2) A. Eulenburg. Realencyklopädie der gesammten Heilkunde. 3. gänzlich umgearbeitete Aufl. Bd. XX u. XXI.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1899.

Das Werk ist bis zu dem Artikel Schleimmetamorphose vorgeschritten. Aus Band XX möchten wir auf den natürlich ganz neuen Artikel über Röntgenstrahlen und ihre Verwerthung in der Medicin hinweisen. Besonderen Lobes bedarf im Übrigen die Encyklopädie nicht mehr. **Richter** (Breslau).

---

3) Sajous. Annual and analytical cyclopaedia of practical medicine. Bd. II/III.

Philadelphia, New York, Chicago, 1898/99.

Die amerikanische Encyklopädie, deren ersten Band wir 1898 p. 825 angezeigt haben, ist bis zu dem Artikel Infantile Myxoedema (Cretinism) vorgeschritten. Da sie ihren Charakter in jeder Beziehung bewahrt hat, ist auf jene erste Besprechung hinzuweisen.

Richter (Breslau).

---

4) A. Bum. Therapeutisches Lexikon für praktische Ärzte. 3. vermehrte und verbesserte Auflage. 1.—6. Lieferung.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1899.

1891 erschien die erste, 1893 die zweite Auflage obigen Buches. Die neue dritte Auflage zeigt gesperrteren, klareren Druck als jene, ganz besonders sind außerdem die meisten Recepte noch durch fetten Druck hervorgehoben. Im Text sind manche Artikel kürzer gefasst, im Ganzen aber hat der Umfang des Werks bedeutend zugenommen durch Einfügung der neuen Medikamente und Heilverfahren. Die Abbildungen sind klar, dem Zweck der Erläuterung entsprechend. Das Lexikon dürfte auch ferner von den praktischen Ärzten viel gekauft werden. **Richter** (Breslau).

---

5) Justi. Über den äußeren Milzbrand des Menschen.

(Mittheilungen a. d. hamburgischen Staatskrankenanstalten 1899. Sonder-Abdruck.)

Seit dem Jahre 1885 sind in der chirurgischen Abtheilung Sick's 13 Erkrankungen von Milzbrand behandelt worden, von denen 5 Pat. starben, und zwar diejenigen, welche den primären Infektionsherd seitlich am Hals hatten. Die Sektion ergab fast jedes Mal eine ausgedehnte allgemeine Infektion mit Milzbrandkeimen. In den übrigen Fällen saß der primäre Herd am Vorderarm, Wange, Stirn, Hinterkopf und Nacken. Beinahe sämmtliche Kranke sind Arbeiter, die in Handlungen mit amerikanischen Fellen beschäftigt waren; da sie mit entblößten Vorderarmen arbeiten und die Felle beim Verladen meist auf Rücken und Schulter transportiren, so ergiebt sich die Lokalisation in diesen Fällen von selbst. Dass die am Hals beginnende Erkrankung einen so deletären Verlauf nahm, mag an der lockeren Beschaffenheit des Unterhautzellgewebes gelegen sein und

daran, dass die Infektionskeime von hier aus leicht in das Mediastinum und die Schleimhaut des Rachens und Kehlkopfs eindringen konnten. Mit einer energischen chirurgischen Behandlung, welche in 3 der tödlich verlaufenen Fälle eingeleitet worden war, ist ein Erfolg nicht erzielt worden, ja es schien sogar, als sei hier der Verlauf nach der Incision ein schlechterer geworden. Verf. stellt sich daher ganz auf den besonders von K. Müller (s. d. Centralbl. 1895 p. 11) vertretenen Standpunkt, die Milzbrandpustel gänzlich in Ruhe zu lassen und nur vor sekundärer Infektion durch Auflegen grauer Salbe zu schützen, gegebenenfalls die Extremität hochzulagern, Bettruhe und eine roborirende Diät zu verordnen. **Sultan** (Göttingen).

6) **Bartlett** (St. Louis). A method of rendering the hands surgically clean.

(Med. review 1899. No. 20.)

B. empfiehlt zur Sterilhaltung der Hände während der Operation einen Überzug von sterilisirtem Vaselin: Reinigung der Hände mit heißem Wasser, Seife und Bürste, danach Einfettung des Vaselins, besonders auch in alle Vertiefungen der Nägel, schließlich Eintauchen in die antiseptische Lösung. Durch das Vaselin sollen etwa auf der Haut haftende Keime vor Berührung mit der Wunde geschützt werden. Der Vaselinüberzug kann während der Operation, so oft es nothwendig erscheint, erneuert werden. **Krecke** (München).

7) **M. S. Ssubbotin.** Autoinfektion der Wunden und subkutane Naht.

(Wratsch 1899. No. 23.)

S. sieht die Ursache der nicht seltenen Nahteiterungen in der Infektion des Fadens von der Haut aus. Daher wendet er jetzt zum Schluss der Hautwunden eine subkutane fortlaufende Katgutnaht an; darüber wird die Haut durch einige Heftpflasterstreifen zusammengezogen, mit einer dünnen Lage Watte oder Marly und darüber mit einer Lösung von Gummi in Benzin mit Äther bedeckt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

8) **Gussenbauer.** Über die Behandlung der Gangrän bei Diabetes mellitus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 17.)

G. giebt in der vorliegenden Mittheilung, der ein im Verein deutscher Ärzte in Mähren gehaltener Vortrag zu Grunde liegt, aus seinen reichen Erfahrungen ein klar gezeichnetes, durch Mittheilung werthvoller Beobachtungen illustrirtes Bild von dem jetzigen Stand der operativen Behandlung der diabetischen Gangrän. Sowohl bezüglich der Indikationsstellung wie auch der Operationsprincipien findet sich eine genaue Übereinstimmung mit den Ansichten der meisten Chirurgen. **Hübener** (Dresden).

9) **Le Dentu.** Traitement des anevrysmes par les ligatures périphériques.

(Presse méd. 1898. No. 19.)

An der Hand von 2 einschlägigen Fällen bespricht Verf. die gleichzeitige periphere Unterbindung der großen Hals- und Armgefäße bei Aneurysmen der Aorta und Anonyma. Der letzte, so von ihm behandelte Kranke starb unter den Zeichen langsamer Suffokation, welche durch Kompression der großen Bronchien hervorgerufen war. Verf. giebt ferner eine sehr sorgfältige Zusammenstellung aus der Litteratur über diesen Gegenstand. Eine Statistik von Poiret berichtet über 28 glücklich verlaufene Fälle unter 55; von diesen waren 6 Heilungen und 22 Besserungen des Zustands zum Theil schon längere Zeit beobachtet. Die durch die Operation bezweckte Coagulation des Bluts im Aneurysmasack tritt nicht immer ein. Der Erfolg der in Deutschland wenig oder gar nicht geübten Behandlungsweise hängt von mannigfachen Umständen ab, so von der Beschaffenheit der Gefäßwände, von dem Vorhandensein von Kollateralen etc.

Verf. selbst setzt große Hoffnungen auf die Methode, welche einen breiten Platz in der Therapie der Aneurysmen der Anonyma und Aorta einzunehmen bestimmt sei. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

10) **E. Vidal** (Périgueux). Sur les bases physiologiques et les indications de la résection du sympathique dans les épilepsies essentielles généralisées. (Recherches expérimentales et cliniques.)

(Arch. prov. de chir. 1899. No. 6.)

V. hat durch zahlreiche Thierversuche zu erweisen gesucht, dass die Sympathikektomie keineswegs eine unphysiologische Operation ist. Ausgehend von der Thatsache, dass der Sympathicus von hoher Bedeutung für die Gefäßregulation im Gehirn ist, stellte V. fest, dass die Konvulsionen erregende Kraft gewisser Gifte steigt, wenn die Cirkulation im Gehirn lahm gelegt wird, und umgekehrt. Wenn er Thiere, mit dem Kopf nach der Peripherie gelagert, bei mittlerer Geschwindigkeit auf der Centrifuge rotiren ließ, dann waren ungewöhnlich große Dosen der krampferzeugenden Mittel nöthig, um Epilepsie auszulösen, eben so wenn man vasodilatatorische Substanzen dem Thiere beibrachte. Auch die Resektion des Halssympathicus vermehrte beim gesunden Thier die Widerstandsfähigkeit gegen konvulsive Gifte. Wo also Sympathicusreizung eine Rolle spielt bei der Erregung der Hirnrinde, da rechtfertigt sich die in Rede stehende Operation. Die »toxischen« Epilepsien gelten als am ehesten angreifbar. Unter diesen wiederum wählt V. durch eine Art physiologischen Reagens eine kleinere Gruppe aus, diejenigen, welche vorübergehend gut auf Amylnitrit reagiren. Ferner sind nur

bei Erwachsenen Erfolge zu erwarten. Wo Kompression der Hirnrinde die Ursache ist, da hält V. die Resektion des Halssympathicus für aussichtslos. **P. Stolper** (Breslau).

11) **H. Küttner.** Über die Lymphgefäße und Lymphdrüsen der Zunge mit Beziehung auf die Verbreitung des Zungencarcinoms.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXI. p. 732.)

Um die Verbreitungswege des Zungencarcinoms anatomisch festzustellen, hat K. an einer Reihe von Leichen Neugeborener theils von den tieferen Schichten, theils von der Schleimhaut der Zunge und des Mundbodens aus die Lymphbahnen nach Gerota's Verfahren injicirt. Wie sich hierbei ergab, ist die Zunge außerordentlich reich an Lymphbahnen, die Lymphe einer Zungenhälfte fließt zu den beiderseitigen Drüsen ab; oberflächliche und tiefe Schicht besitzen dieselben Lymphwege. Von den Lymphdrüsen der Zunge sind besonders wichtig die submaxillaren und tiefen cervicalen, ferner die Gland. linguales, die im Innern der Zungenmuskulatur gelegenen Drüsen, dann diejenigen der Supraclaviculargegend, welche direkte Lymphgefäßverbindung mit der Zunge besitzen. Zu den gleichen Drüsen führen ferner auch die Lymphbahnen der bei Carcinom in Betracht kommenden Nachbarorgane der Zunge. Diesen anatomischen Befunden entsprechen, wie im weiteren an der Hand der Kasuistik ausgeführt wird, auch die klinischen Beobachtungen.

Was die Betheiligung der Speicheldrüsen bei Zungencarcinom anlangt, so können diese theils durch direktes Übergreifen des Krebses (Gl. lingualis, submaxillaris), theils von carcinomatösen Lymphdrüsen aus, vielleicht auch auf dem Blutwege inficirt werden.

Für die Operation des Zungenkrebses ergiebt sich aus K.'s Untersuchungen die wichtige Forderung, dass in jedem Falle die submaxillaren, submentalen und tiefen cervicalen Drüsen, eventuell, zum mindesten bei bemerkbarer Vergrößerung, auch die supraclavicularen Drüsen beider Seiten ausgeräumt werden müssen. Zu achten ist ferner auf Drüsen in der Umgebung der großen Zungenbeinhörner und am unteren Parotisende; endlich empfiehlt es sich, außer den Lymphdrüsen auch die Submaxillarspeicheldrüse und das untere Ende der Parotis beiderseits abzutragen. **Honsell** (Tübingen).

12) **Melchior-Robert.** Contribution à l'étude du sarcome pédiculé de la langue.

(Revue de chir. 1899. No. 4.)

Gestielte Sarkome der Zunge sind, einschließlich eines vom Verf. mitgetheilten Falles von walnussgroßem Tumor der rechten Zungenseite, erst 5mal beobachtet worden, wie überhaupt Zungensarkome nach Marion's Zusammenstellung (s. d. Centralbl. 1897 p. 1198) als

sehr seltene Geschwülste anzusehen sind. Die Dauer ihrer Entwicklung betrug bei einem der wenigen Fälle mehrere Jahre, sonst nur einige Monate; die regionären Lymphdrüsen waren in 2 entzündlich vergrößert. Interessant ist das bei 3 Pat. bemerkte Auftreten von wiederholten Recidiven post operat. mit schließlichem Ausgang in völlige Heilung, die in Verf. Fall seit mehr als $2^1/_2$ Jahren andauert; es scheinen somit die gestielten Zungensarkome eine gutartige Prognose zu haben. In Anbetracht dessen, so wie des in mehreren Fällen von nichtgestielten gemachten Befundes von Riesenzellen möchte M.-R. der in Rede stehenden Geschwulst die Bezeichnung »Epulis lingualis« geben, einen Namen, der aber, da Epulis eine dem Kiefer aufsitzende Geschwulst ist — wenn auch der Sprachgebrauch darunter Tumoren des Kiefers von bestimmtem histologischem Charakter versteht —, durch den Zusatz »lingualis« ganz widersinnig erscheint. (Ref.)

Kramer (Glogau).

---

13) **W. Mintz.** Glandula sublingualis und Ranula.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 185.)

Die aus der chirurgischen Abtheilung (N. A. Sokoloff) des Alt-Katharinen-Spitals in Moskau hervorgegangene Arbeit liefert durch genaue Untersuchung eines Ranulapräparats eine Stütze für die Suzanne-v. Hippel'sche Theorie, nach welcher diese Erkrankung durch einen chronischen cirrhotischen Process im Bindegewebe und nachfolgenden degenerativen Zerfall der Drüsenacini in der Glandula sublingualis verursacht wird, und ferner die Drüsenausführungsgänge theils komprimirt, theils aber erweitert und zu einer Art Retentionscyste umgewandelt werden. M.'s Präparat war nach dem v. Hippelschen Operationsverfahren mittels submentalen Schnitts durch Totalexstirpation der Ranula inkl. der Sublingualdrüse gewonnen. Sowohl das Verhalten des Cystenbalges als dasjenige der die verschiedenen Stadien der Bindegewebsdegeneration zeigenden Drüsenreste konnten eingehend mikroskopisch studirt werden. Weitere Einzelheiten der Beschreibung sind im Original einzusehen, welches die letztere auch durch 12 Abbildungen von Präparaten veranschaulicht.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

14) **Küttner.** Über entzündliche Tumoren der Submaxillarspeicheldrüse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LVIII. Hft. 4.)

K. macht auf die von ihm schon vor mehreren Jahren beschriebenen Affektionen der Glandula submaxillaris aufmerksam, welche er als »entzündliche Tumoren« bezeichnet. Sie imponiren klinisch als bösartige Geschwulst, und erst das Mikroskop kennzeichnet den gutartigen Charakter. Sie sind meist stark mit ihrer Umgebung verwachsen, so dass sie scharf ausgelöst werden müssen. Ihr Wachsthum ist sehr rasch. Es handelt sich um eine chronische interstitielle

Entzündung der Submaxillaris, ähnlich wie sie Riedel am Pankreas und an der Thyreoidea fand.

Die Ursache sind wohl Entzündungsprocesse der Mundhöhle, Anginen etc. Das wesentlich Interessirende beruht in der meist unmöglichen Diagnosenstellung, so dass man bei Annahme einer bösartigen Geschwulst zu sehr ernsten Eingriffen veranlasst werden kann.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

15) **V. Hinsberg.** Beiträge zur Entwicklungsgeschichte und Natur der Mundspeicheldrüsengeschwülste.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 281.)

Gegenstand der Arbeit sind die bekannten abgekapselten Geschwülste der Speicheldrüsen, welche aus Zellenanhäufungen und einem Stroma bestehen, und welche in Deutschland insbesondere von Volkmann als Endotheliome gedeutet zu werden pflegten, von französischen Forschern aber für Epithelgeschwülste gehalten werden. H. hat theils im pathologischen Laboratorium in Zürich, theils in der Straßburger chirurgischen Klinik eine Anzahl (9) solcher Geschwülste genau mikroskopirt, worauf sich der morphologisch-onkologische Antheil der Arbeit gründet. Die objektiven Befunde H.'s decken sich »so ziemlich« mit denen Volkmann's, in der Deutung derselben weicht er von diesem Autor weit ab. Volkmann hielt die histologischen Geschwulstbilder für beweisend, dass die Geschwulstzellen aus Endothelien beständen, H. dagegen erklärt sie für epithelialen Ursprungs. Er führt dafür an: 1) dass er an denselben exakte Stachel- und Riffzellen gefunden habe, eine Eigenthümlichkeit, die nur Plattenepithelien zukäme. 2) Die von Volkmann beobachteten und von H. bestätigten intercellulären Sekretionsprocesse seien als sicherer Beweis für die epitheliale Natur der Zellen aufzufassen. 3) Die exquisit epitheliale Anordnung der Zellen und Zellkomplexe sei ebenfalls beweisend. Was den Stromabestandtheil der Geschwülste betrifft, so zeichnet derselbe sich durch das fast regelmäßige Vorkommen von Knorpel in demselben aus. Volkmann hat das letztere durch eine metaplastische Umwandlung von Bindegewebe in Knorpelgewebe zu erklären gesucht. H. führt aus, dass die Annahme einer so weit gehenden Umwandlungsfähigkeit des Bindegewebes nicht haltbar sei, dass vielmehr nach den neueren Anschauungen das Vorkommen von Knorpel und Knochen in Geschwülsten kaum anders zu erklären sei, als durch eine Entwicklungsstörung oder eine embryonale Keimverirrung im Sinne Cohnheim's. So erklärt denn H. auch die fraglichen Speicheldrüsengeschwülste als embryogene Mischgeschwülste, hervorgegangen aus einer gemeinschaftlichen Absprengung von Epithel einerseits, knorpel- und knochenbildender Substanz andererseits. Um die Zuverlässigkeit dieser Hypothese entwicklungsgeschichtlich zu prüfen, hat H. an verschiedenen Embryonen aus der 8.—15. Woche mikrotomische Querschnitte aus der Gegend der Parotis- und Submaxillarisanlage durchmustert, um die örtliche Vertheilung von Drüsen

und knorplig-knöchernen, periostalen Elementen und ihr nachbarliches Verhältnis zu einander klarzulegen. Die erhobenen Befunde — durch einige Abbildungen veranschaulicht — scheinen für die Möglichkeit der fraglichen Absprengung zu sprechen. Wie H. meint, erklärt seine Annahme über Natur und Ursprung der von ihm studirten Geschwulst sämmtliche Eigenthümlichkeiten derselben und steht mit keiner Thatsache im Widerspruch. — Jedenfalls stellt H.'s Arbeit einen sehr schweren Angriff gegen Volkmann's Theorie dar, und es bleibt abzuwarten, ob dieser Einwand sich als haltbar erweisen wird. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

16) **E. Aievoli** (Neapel). Studio sulla tubercolosi delle ghiandole salivati.

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1898.)

A. versucht, eine klinische Darstellung der primären Speicheldrüsentuberkulose zu geben. Die Erkrankung ist zweifellos selten, oder wenigstens selten Gegenstand specieller Behandlung. Es stehen nur 7 Beobachtungen aus der Litteratur zur Verfügung. Diese betrafen 5 Frauen und 2 Männer, meist im mittleren Lebensalter (4. Jahrzehnt); bei 5 war die Parotis, bei 2 die Submaxillaris erkrankt. Die Eingangspforte der Infektion blieb unbestimmt. Die Dauer der Erkrankung bis zur chirurgischen Behandlung betrug 5 Monate bis 5 Jahre. Die Tuberkulose trat manchmal von vorn herein subakut auf, es kam erst sehr spät zum käsigen Zerfall. Die Symptomatologie ist noch nicht exakt darzustellen; sie wird sich, besonders in den Anfängen der Erkrankung, in Vielem mit den Erscheinungen der Gummen und der echten Neubildungen decken; später treten die specifischen Erscheinungen der tuberkulösen Granulationsgeschwulst mehr in den Vordergrund. Es ist dies zweifellos abhängig von der Lage des primären Herdes in der Drüse selbst. Eben so verhält es sich mit den funktionellen Störungen und den mechanischen Störungen in der Umgebung (Stauung und Lähmungen durch Kompression der Venen und Nerven). Die Behandlung kann natürlich nur die radikale Entfernung der Geschwulst sein. In den bekannten Fällen erfolgte die Heilung ohne Zwischenfall.

Von Interesse sind die pathologisch-anatomischen Erörterungen. Die experimentellen Studien Valude's — er hat Thieren Aufschwemmungen von Bacillen, deren Virulenz bekannt war, in die Drüsen eingeimpft — haben zwar zu positiven Resultaten geführt, es ist aber doch bemerkenswerth, dass die Tuberkulose der Speicheldrüsen so selten ist, und dass der Weg dieser Lokalisation so überaus unklar erscheint. Die Gründe für jene Thatsache decken sich gewiss mit denen für die seltene Tuberkulose in der Mundhöhle überhaupt. Es müsste eine besondere Prädisposition angenommen werden (Schliferowitsch) oder ein besonders inniges Haften des Virus an kleinen Kontinuitätstrennungen der Schleimhaut. Valude

hat die Wirkung des gemischten Speichels als besonders nachtheilig für den Tuberkelbacillus angesehen; aber de Paoli fand das Drüsengewebe nicht refraktär für Kulturen und ferner, dass Zusatz von sterilisirtem Speichel die Kulturen nicht zerstörte. A. giebt zu bedenken, dass die permanente Funktion der Drüsen mit Hilfe des entgegengerichteten Speichelstroms auch ein Hindernis für die Lokalisation der Tuberkulose abgiebt, und weist darauf hin, dass in den obigen wenigen Fällen die Frauen überwiegen (Rauchen, häufiges Spucken bei Männern). Die Infektion kann durch die Ausführungsgänge drüsenwärts gegangen oder durch die Blutbahn vermittelt worden sein. Die anatomische Struktur ist in beiden Gebieten eine derartige, dass dem Eindringen und Festsetzen der Bacillen bedeutende Hindernisse entgegenstehen.

Den Schluss der Abhandlung, welche einen dankenswerthen Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose überhaupt bringt, bildet eine kritische Sichtung der anatomischen Befunde in der citirten Litteratur.

J. Sternberg (Wien).

---

17) **S. Rolando** (Genua). Sulle lesioni del dotto di stenone e loro successioni mortose. (Aus der Klinik Morisani.) 1898.

Mit Rücksicht auf die einander widersprechenden Resultate, welche von verschiedenen Forschern über den Ausgang von Verletzungen des Ductus stenonianus bei Operationen im Gesicht mitgetheilt worden sind, hat R. eine größere Reihe von Thierversuchen ausgeführt. Er wollte klarstellen, 1) von welchen Verletzungen des Kanals Störungen der Sekretion abhängen, 2) welche anatomischen Veränderungen in der betreffenden Parotis eintreten, 3) welche Methode zur Heilung vorzuziehen wäre. An großen Hunden wurde in den Kanal ein feiner Katheter eingeführt und auf diesen nun von außen her am vorderen Masseterrand ein tiefer Schnitt geführt. Immer wurde der Kanal durchtrennt, manchmal auf 1—2 cm seiner Länge resecirt, in einer 3. Reihe auch ein Theil der Wangenschleimhaut entfernt. In allen Fällen wurde sodann Fascie und Haut genäht. Nur in 3 Fällen bildete sich eine äußere Speichelfistel aus, welche innerhalb weniger Tage spontan heilte. Alle übrigen Wunden heilten p. p. i. ohne jede Komplikation. Die Drüsen und Kanäle wurden 15 Tage bis 4 Monate später untersucht. Die Unterbrechungsstelle im Ductus war stets durch Narbengewebe gekennzeichnet, das centrale Ende aufgetrieben und cystisch, wie auch die zuführenden Drüsenausführungsgänge, und vollständig verschlossen — auf Druck auf die Parotis entleerte sich nichts. In den vor Ablauf von 3 Monaten untersuchten Drüsen fand sich keinerlei Veränderung, welche auf die Funktionsstörung zurückzuführen wäre. Später fanden sich die Zeichen fettiger Entartung in den Drüsen.

R. folgert: 1) Beim Hund erfolgt keine Annäherung der Schnittränder mit Wiederherstellung der Durchgängigkeit (Percy). 2) Wun-

den, wie sie durch seine Experimente gesetzt werden, geben keine (äußere) Speichelfistel. 3) Es werden beide Schnittränder des Ductus narbig verschlossen. 4) In den ersten Tagen etwa auftretende Fisteln werden beim Hund auf diese Weise bald spontan geschlossen. 5) Die definitive Heilung beruht auf fettiger Degeneration der Parotis.

J. Sternberg (Wien).

---

18) **Blos.** Über tuberkulöse Lymphome und ihr Verhältnis zur Lungentuberkulose.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 4.)

Über 328 in der Heidelberger chirurgischen Klinik in den Jahren 1886—1895 operirte Fälle von tuberkulösen Lymphomen aller Körpergegenden stellte B. Untersuchungen in Bezug auf den Erfolg der Operationen an; indem er zum großen Theil die Pat. selbst untersuchte, zum kleineren Theil zuverlässige Nachrichten durch Fragebogen erhielt, konnte er das Schicksal von 160 Fällen erfahren.

B. berechnet mit Hilfe seines eigenen Materials und anderer großer Statistiken, dass nur in 28% der Fälle hereditäre Belastung besteht. 70% der Operirten standen im Alter vom 10.—25. Jahr. Betreffs des Infektionsmodus mit dem Tuberkelbacillus steht B. ganz auf dem Standpunkt von Volland, nach welchem für gewöhnlich vom Boden aus bei Kindern die Infektion erfolgt. Die meisten der operirten Lymphome waren verkäst oder vereitert, in 30% der Fälle bestand schon Perforation. In 26% war daneben Lungentuberkulose, in 14% Tuberkulose anderer Organe nachzuweisen. Die tuberkulösen Halsdrüsen stellen die wichtigste Eingangspforte für den Bacillus in den Körper dar und spielen in der Ätiologie eine Hauptrolle, entgegen der Cornet'schen Ansicht der Entstehung der Spitzentuberkulose durch Inhalation.

Die Operation ist in allen Fällen indicirt, wo die Allgemeinbehandlung nutzlos gewesen, wo rasches Wachsthum, Verkäsung, Vereiterung oder Fistelbildung eingetreten sind. B. nimmt ein Dauerresultat an, wenn die Fälle mindestens 6 Jahre ohne Recidiv geblieben sind. In diesem Sinn sind 52,4% definitiv geheilt worden. Von besonderer Wichtigkeit ist der Einfluss der operativen Therapie der tuberkulösen Halsdrüsen auf die Lungentuberkulose: von 20 Phthisen, die bei der Hauptoperation nachweisbar waren, sind 16 bei der Wiederuntersuchung ausgeheilt gewesen.

Todesfälle durch die Operation kamen nicht vor, 3mal musste die V. jugularis unterbunden werden. Bisweilen wurde nach der Exstirpation stark verwachsener Drüsen Lymphsekretion beobachtet, 1mal 4 Wochen lang.

Haeckel (Stettin).

---

19) **A. Sundholm.** Om lymfangiom på halsen.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLI. p. 1.)

Gestützt auf 5 in der chirurgischen Klinik zu Helsingfors beobachtete Fälle der Geschwulstform, welche in Deutschland unter dem

Namen Lymphangioma colli, in Frankreich als Kystes séreux congénitaux bekannt sind, und mit Berücksichtigung von 70 aus der Litteratur gesammelter Fälle liefert Verf. eine monographische Darstellung der fraglichen Krankheit. Einen besonderen Werth hat die genaue mikroskopische Beschreibung des Falles V aus der Kasuistik des Verf., da nur wenig Fälle sorgfältig untersucht sind. — Nach einigen kürzeren Bemerkungen über Diagnose, Prognose und Therapie geht Verf. auf die Frage der Pathogenese dieser Geschwulstform näher ein. Er findet nach einer kritischen Durchmusterung der bisher veröffentlichten Theorien, dass die Ansichten Nasse's und Ritter's, nach welchen es sich um einen während des Fötallebens abgetrennten Keim oder Theil eines Lymphgefäßes bezw. einer Lymphdrüse oder beide handle, große Wahrscheinlichkeit für sich haben. Die Ansichten Ritter's über das Wachsthum der betreffenden Geschwülste theilt Verf. aber nicht. In dem von ihm untersuchten Falle fand Verf. nämlich, dass die Lymphe in das Fettgewebe eingedrängt war und die dadurch entstandene neue Cyste sich zuerst mit Endothel bekleidet hatte, unter welches das fibrilläre Bindegewebe nachher eingewachsen war.

Die Arbeit ist mit sorgfältig ausgeführten Zeichnungen versehen.

A. Hansson (Cimbrishamn).

---

20) **L. Donogány.** Über den Muskel der falschen Stimmbänder und dessen Funktion bei der Stimmbildung.

(Ungar. med. Presse 1899. No. 7.)

Nach Anführung der vorhandenen anatomischen Untersuchungen über den Muskel der Taschenbänder und dessen physiologische Funktion giebt Verf. die Befunde seiner eigenen Untersuchungen. Bei der Phonation nähern sich die falschen Stimmbänder, und zwar um so mehr, je höher und kräftiger der intonirte Laut war und je öfters und schneller hinter einander der Schluss der wahren erfolgte. Bei Behinderung des Schlusses der letzteren durch Katarrhe, Geschwüre, Tumoren etc. wird die Thätigkeit der Taschenbänder eine lebhaftere. Der Muskel derselben ist daher »als Hilfsmuskel des Stimmritzenverschlusses« zu betrachten.

Neugebauer (M. Ostrau).

---

21) **Gluck** (Berlin). Kehlkopfchirurgie und Laryngoplastik.

(Therapie der Gegenwart 1899. Hft. 4 u. 5.)

Trotz ihrer Kürze bietet die Arbeit G.'s ein übersichtliches Bild der Entwicklung und des jetzigen Standes der Kehlkopfchirurgie, zugleich eine Vertheidigung der rationellen chirurgischen Behandlung der bösartigen Geschwülste durch totale oder partielle Exstirpation des Kehlkopfs. Weder die endolaryngeale Methode der Behandlung, noch auch die äußere durch einfache Thereotomie (Semon) scheint G. für eine große Gruppe der Geschwülste ausreichend zu sein. Er empfiehlt das radikale chirurgische Verfahren, das als »logisches, nützliches und legitimes« bezeichnet zu werden verdient.

Bei 26 der letzten Operationen — im Ganzen verfügt G. über ein eigenes Material von 45 bezw. 37 Fällen, die am Schluss der Arbeit kurz registrirt werden — sind 23 Heilungen zu verzeichnen, ein Ergebnis, das den großen Fortschritt der Chirurgie auf diesem Gebiet illustrirt. G.'s Ausführungen betreffen im Wesentlichen die Technik der Operation, um deren Ausbildung er sich selbst so große Verdienste erworben hat; sie zeigen, wie man, ausgehend von der von ihm selbst 1880 auf Grund des Thierexperiments empfohlenen präliminaren Resektion und Vorlagerung der Trachea, allmählich gelernt hat, die Gefahr der Schluckpneumonie, weiter der Wundinfektion auszuschalten, um schließlich auch in funktioneller, phonetischer Beziehung recht befriedigende Resultate zu erreichen.

Zum kurzen Referat ist die Arbeit G.'s wenig geeignet; die Erfahrungen vieler Jahre sind, kurz zusammengefasst, wiedergegeben.

Gross (Straßburg i/E.).

---

22) **A. Jurasz** (Heidelberg). Die laryngoskopische Behandlung der bösartigen Kehlkopfneubildungen.

(Therapie der Gegenwart 1899. Hft. 6.)

In Hinsicht auf die relative Gutartigkeit der malignen Kehlkopfgeschwülste, die anfänglich als ein rein lokales Leiden auftreten und lange Zeit, oft viele Jahre als kleine, scharf umschriebene Infiltrate oder Warzen kein Zeichen ihrer bösartigen Natur an sich tragen, vertritt J. die laryngoskopische Behandlung. Sie biete die beste Aussicht, wenn sie im Beginn des Leidens zur Anwendung kommt, stehe der Laryngotomie an Gründlichkeit des Verfahrens nicht nach, übertreffe diese sogar in mancher Beziehung, so in der Einfachheit und Gefahrlosigkeit des Vorgehens (cf. dagegen Fall von Verblutungstod, den Gluck im Maiheft dieser Zeitschrift erwähnt! Ref.), weiter durch die Restitution der physiologischen Verhältnisse. Ev. kommt die endolaryngeale Methode als Palliativmittel für vorgeschrittenere Stadien in Betracht.

Bis jetzt sind 32 Fälle von so operirten bösartigen Kehlkopfgeschwülsten bekannt; in 56% wurde völlige Heilung erzielt.

J. verwirft, wie B. Fraenkel, die Galvanokaustik; er bedient sich ausschließlich eines von ihm angegebenen und a. O. beschriebenen, curetteartigen Instruments.

Den Schluss der Ausführung bildet ein Bericht eines Falles von endolaryngeal operirtem Epithelialcarcinom, der besonders dadurch Interesse verdient, als sich an Stelle der excidirten Stimmbänder narbige Membranen ausbildeten, »eine vollständige Regeneration der Stimmbänder«, die eine laute und deutliche Sprache gestattete.

Gross (Straßburg i/E.).

---

23) **Reinbach.** Über das Verhalten der Temperatur nach Kropfoperationen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 4.)

Bisher ist fast nur von Bergeat aus der Bruns'schen Klinik auf die merkwürdige Thatsache hingewiesen worden, dass nach Kropfoperationen außerordentlich häufig trotz vollkommen aseptischen Verlaufs Temperatursteigerungen vorkommen. R. unterwirft diese Frage einer genaueren Bearbeitung auf Grund des Materials der Mikulicz-schen Klinik. Er geht davon aus, dass in dieser Klinik mit rigorösester Ausbildung der Asepsis der Wundverlauf der allermeisten Operationen sich in günstigster Weise gegen früher geändert habe, während die Temperatursteigerungen nach Kropfoperationen geblieben sind wie früher. Denn von 151 Operationen gutartiger Kröpfe sind nur 7 ohne Temperatursteigerung geblieben; diese 7 Fälle gehören zu den 60 Enukleationen nach Socin, welche unter jenen 151 Fällen ausgeführt wurden. Um ein reines Bild dieser sonderbaren Temperatursteigerung zu bekommen, sondert R. alle Fälle aus, in denen auch nur das leiseste Zeichen einer lokalen Wundinfektion in Gestalt gereizter Stichkanäle, gerötheter Wundränder etc. oder andere Komplikationen: Bronchitis, Bronchopneumonie vorhanden war. Es bleiben dann 88 Fälle übrig, die absolut reaktionslos, prima intentionem geheilt sind. An diesen fand sich nun, dass meist am 2. Tage nach der Operation Fieber einsetzte, bis 38,5 oder 39 stieg, um nach einigen Tagen in ausgesprochener lytischer Weise zu schwinden. Dabei war das Allgemeinbefinden ein völlig ungestörtes. Ein Einfluss der Wundversorgung (Drainage oder völliger Verschluss der Wunde) auf den Ablauf der Temperaturkurve war nicht zu konstatiren.

Die Erklärung des Phänomens sieht R. darin, dass bei den Kropfoperationen eine große Anzahl Schilddrüsenzellen zu Grunde gehen; die dabei entstehenden chemischen Stoffe (Fermente, Nucleïne, Albumosen) erzeugen die Temperatursteigerung; nicht ausgeschlossen ist, dass auch die Blutresorption von der Wunde aus, ähnlich wie beim bekannten »aseptischen Fieber« von Genzmer und Volkmann und beim »aseptischen Wundfieber«, mit verantwortlich für die Temperatursteigerung gemacht werden kann.

Haeckel (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

Angeborenes Fehlen des Anus; plastische Operation und Ersatz des Sphinkters mit Hilfe der Glutäalmuskeln.

Von

Dr. **Desider Stapler** in S. Paulo (Brasilien).

Der sehr interessante Fall von Zerstörung des M. sphincter durch Phlegmone und nachträgliche plastische Operation mit Hilfe der Mm. levatores ani und Mm. glutaei maximi, den Lennander im Centralblatt für Chirurgie 1899 No. 25 publi-

cirte, veranlasst mich, ein ähnliches Verfahren, das ich vor 2 Jahren bei einem 4 Tage alten Kind einschlug, mitzutheilen.

Ein 4 Tage alter Knabe wurde in das Hospital de Misericordia gebracht mit der Angabe, dass er seit der Geburt keinen Stuhl entleerte und auch keine Anusöffnung aufzufinden sei. Zwei Kollegen hatten hierauf versucht, durch einfache Incision in der Rhaphe den Anus zu eröffnen, was ihnen jedoch nicht gelang. Während dieser Versuche bemerkten sie, dass aus der Harnröhre gleichzeitig mit dem Urin sich auch Meconium entleerte. Die Incision wurde, wie es leider hier oft noch vorkommt, ohne jedes vorherige Kochen oder sonstige Desinfektion der Instrumente vorgenommen. Schon hatten die Kollegen die weiteren Operationsversuche aufgegeben, als ich gerade kam und um Vornahme der Operation ersucht wurde.

Ich überzeugte mich, dass das Rectum an der gewöhnlichen Analöffnung nicht zu finden sei, und der Umstand, dass aus der Blase sich Meconium entleerte, deutete darauf hin, dass das Rectum höher oben stehe und eine Kommunikation mit der Blase haben müsse. Ich entschloss mich desshalb zu radikalerer Operation, um den Darm aufzusuchen. Das Kind wurde nicht chloroformirt.

Nach Desinfektion des Operationsfelds machte ich einen langen, bogenförmigen Schnitt, parallel zu den Steißwirbeln rechts, den ich mit den von den Kollegen gemachten Schnitt am Perineum vereinigte. Ich drang gleich bis in die Tiefe ein; in der Höhe der Steißwirbel wurde das Peritoneum eröffnet. Dieser Schnitt wurde nach oben und unten verlängert, so dass der kleine Finger eindringen konnte. Durch Tasten mit demselben fand ich eine Darmschlinge, die ich aufs Geradewohl mit großer Mühe nach abwärts zog; während dieser Traktionsversuche gingen Gase und Meconium durch die Harnröhre ab. Es gelang mir schließlich, den Darm vor die Öffnung zu bringen, wo ich ihn sofort in der Wunde mit feinster Seide vernähte; hierauf incidirte ich die fixirte Darmwand, und nun floss eine große Menge Stuhl ab. Nach gründlicher Stuhlentleerung wurde die Wunde gereinigt, und ich vernähte noch die zwei seitlichen Theile der Darmwand, die durch die Incision entstanden waren, mit den nächsten Muskelenden. Muskel- und Hautnaht (Seide) vervollständigten die Operation. Das Kind konnte nicht im Spital bleiben; da ich von den Verwandten desselben nicht verlangen konnte, dass sie einen regelrechten Verband mehrmals täglich appliciren sollten, beschränkte ich mich darauf, sie anzuweisen, die Wunde des Kindes nach jedem Stuhlgang mit lauwarmem Wasser abzuwaschen.

Die mangelnde Asepsis während der ersten Operationsversuche, die kaum anzunehmende Reinlichkeit der wartenden Personen und die Schmerzen, die das Kind während der Operation ohne Narkose auszuhalten hatte, ließen in mir keine große Hoffnung auf Erfolg aufkommen. Um so größer war mein Erstaunen, als ich später sah, dass die Nähte alle gut gehalten hatten, der Darm und die Incision per primam geheilt waren. Ich bat nun die Eltern des Kindes, dasselbe später wieder einmal vorzustellen, um mich von der Kontinenz des neuen Afters, der ca. 2 cm höher als gewöhnlich stand, zu überzeugen.

Circa 4 Monate nachher sah ich das Kind wieder. Der Anus unterschied sich bloß durch seine Lage von einem normalen; die Öffnung desselben war vielleicht auch ein wenig kleiner; ringsum war die Haut leicht pigmentirt, zeigte aber durchaus keine Spuren von Maceration. Die Mutter gab an, dass das Kind 2—3mal täglich Stuhl habe, es fiel ihr aber gar nicht auf, dass dasselbe eine Inkontinenz habe. Auch soll das Schreien keine Stuhlentleerung zur Folge haben. Ich versuchte selbst, das Kind zum Schreien zu bringen, und ich muss sagen, dass es mir kontinent erschien: als ich aber die Oberschenkel des Kindes fest gegen dessen Bauch drückte, ging eine geringe Stuhlmenge ab. Leider sah ich das Kind nicht wieder.

Jedenfalls kann behauptet werden, dass das Kind eine relative Kontinenz erlangt hatte, und es ist anzunehmen, dass es nach Analogie des Falles von Lennander später wirklich kontinent gewesen sei, da sonst die Eltern das Spital wieder aufgesucht hätten.

Es ist auch anzunehmen, dass der kindliche Organismus sich leichter an eine solch abnorme Funktion gewöhnen kann, als ein Erwachsener, der früher einen normalen Sphinkter hatte.

Der Erfolg in meinem Falle ist um so überraschender, als die Operation mit Vernachlässigung der Asepsis (wodurch ich dem schmutzigen Operiren durchaus nicht das Wort rede), ohne Narkose, an einem bloß 4 Tage alten Kind und bei schlechter Pflege, ausgeführt wurde.

---

24) Vom VII. Kongress der russischen Ärzte in Kasan (April—Mai 1899). Chirurgische Sektion.

E. P. Assendelft: 630 Fälle von Steinkrankheit.

A. beobachtete diese 630 Fälle während 20 Jahren in einem Dorf des Gouvernements Nishnij-Nowgorod. Davon wurden 600 operirt. Auf 616 Männer kommen 14 Weiber; 383 waren unter 10 Jahren, 162 bis 20, 51 bis 30, 12 bis 40, 22 über 40 Jahre alt. Sectio lateralis 35mal (8% †), medialis 38 (5% †), alta 460 (3,6% †), Urethrotomia ext. 28 (1% †), Urethralsteine 27, Lithotripsie 12. Der hohe Schnitt wurde ohne Blasennaht gemacht; von den letzten 358 Fällen verliefen 70% fieberlos, 16% mit geringem Fieber, 9,9% mit Komplikationen, 3,6% starben. Werden schwere Fälle abgezogen (Stein bei Blasenkrebs etc.), so sinkt die Sterblichkeit bis 2,5%.

E. S. Golischenski: Über Blasennaht.

37 Fälle von Prof. Rasumowski, davon 32 genäht; 27mal hielt die Naht, 3 starben, 1 nach 4 Monaten an Lungentuberkulose. Mittlere Heilungsdauer 17 Tage. Die Naht ist kontraindicirt bei Cystitis, besonders purulenta, Hypertrophie der Blasenwand (geringe Tendenz zur Verwachsung), Neigung zu Blutungen (1 Fall), tiefem Blasenschnitt und Affektion der Nieren.

A. A. Bobrow: Behandlung der Epityphlitis.

Auf Grund von 54 Fällen findet B., dass die klinischen Erscheinungen nicht immer den pathologisch-anatomischen entsprechen; daher kann man keine bestimmten Operationsregeln aufstellen. Ist keine Eiterung vorhanden, verfährt B. konservativ; bei Eiterung operirt er.

W. P. Serenin: Herniotomie.

Um den Peritonealverschluss zu verstärken, verfährt S. auf folgende Weise: Der Bruchsack wird bis 1 cm hinter der Bruchpforte isolirt, an seiner Basis mit Matratzennähten zu beiden Seiten der Bruchpforte angenäht, dann umgekehrt und der Rand unter die entgegengesetzte Seite der Bruchpforte geschoben[1]. So wird eine neue Gewebsschicht gebildet. S. operirte 2 Nabel-, 1 Leisten- und 3 Schenkelbrüche mit Erfolg.

A. G. Brshosowski: Herniotomie.

72 Operationen an 62 Pat. auf dem Lande. 69 Leistenbrüche, 1 Schenkelbruch, 1 Hernia epigastrica und 1 Hernia lumbalis. 68 Operationen nach Kocher, 1 nach Bassini, 3 atypisch. 52mal Prima, 20mal Eiterung. 3 Recidive (bei übrigens kurzer Beobachtungszeit).

J. A. Praxin: Herniotomie.

P. richtet die besondere Aufmerksamkeit darauf, dass man den M. obliquus int. und transversus jedes Mal über dem Funiculus an den unteren Rand des Lig. Pouparti annähen soll, da beim Leistenbruch diese Muskeln nach oben verschoben, der Bruch daher hier nur vom Kremaster und der Fascia infundibuliformis bedeckt ist, die dem Druck des Bruches leicht nachgeben. Seit 1894 sind so 92 Brüche operirt; Alle genasen, 21 mit Eiterung. Von 27 Pat. bekam nur einer ein Recidiv.

---

[1] Beschreibung nach einem Referat im »Wratsch« 1899, No. 26. (Russisch).

B. S. Koslowski: Herniotomie.

101 Leistenbrüche, 6 Schenkelbrüche, 2 Herniae umbil., 2 Herniae lin. albae. Die Leistenbrüche wurden 6mal nach MacEwen, 42mal nach Kocher und 52mal nach Bassini operirt. K. giebt Bassini den Vorzug: es wird kein neues Loch in der Bauchwand gebildet, die Kanalnähte fassen innen und außen starke Lagen von Geweben (bei Kocher innen bloß den M. obl. ext.), die Hinterwand des Leistenkanals wird aus Muskelgewebe gebildet, die Methode ist bei Brüchen jeder Größe anwendbar, es wird weniger stumpf präparirt, also die Gewebe mehr geschont, und endlich unter Kontrolle des Auges gearbeitet.

A. A. Bobrow operirte 115 Leistenbrüche (nach eigener Methode 82, Kocher 10, Bassini 2, MacEwen 8, Naht der Bruchpforte bei fehlendem Bruch 16mal). Komplikationen: Hämatom 3mal, Nahteiterungen 17, davon 7mal Ausstoßen der tiefen Nähte. Schenkelbrüche 5, mit 2 Eiterungen. 16 Nabelbrüche, 3 Eiterungen, 1 † (Peritonitis). Diese 136 Brüche wurden an 103 Pat. beobachtet.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

25) The Middlesex hospital report for the year 1897.

London, **H. K. Lewis,** 1898.

Der von Thomas H. Kellock herausgegebene Bericht über die chirurgische Thätigkeit am Middlesex Hospital umfasst eine reichhaltige Kasuistik aus allen Gebieten der Chirurgie. Von besonderem Interesse sind die übersichtlich zusammengestellten Fälle von Hernien und von Epityphlitis.

Bei Epityphlitis wurde operirt:

bei bestehender diffuser Peritonitis 2mal (1 †),
bei lokalem Abscess 17mal (1 †),
bei recidivirenden Formen 15mal (ohne Todesfall).

Kurze Abrisse der Krankengeschichten werden gegeben von akuter Intussusception (†), von Gallensteinileus (†), von perforirtem Magengeschwür (3 Fälle, 2 †), von perforirtem Ulcus des Duodenums (Naht, † im Collaps), von den Fällen von Cholelithiasis (7 Fälle, 5 Cholecystostomien, 1 Choledochotomie, 1 Pat. †), so wie von den 49 Nummern umfassenden Fällen von Operationen an den Nieren.

Die im Einzelnen manches Interessante bietende Kasuistik entzieht sich aber der Darstellung im Referat. **F. Krumm** (Karlsruhe).

26) Wieting. Zur Infektion durch den Diplococcus lanceolatus.

(Mittheilungen a. d. hamburgischen Staatskrankenanstalten 1899. Sonder-Abdruck.)

Verf. berichtet über eine Reihe von eitrigen, durch den Fränkel'schen Diplococcus lanceolatus hervorgerufenen Entzündungen an Stellen, wo die Verbreitungswege der Infektionserreger nicht so klar auf der Hand liegen wie bei den postpneumonischen Empyemen. So beschreibt er 2 Fälle von Peritonitis nach Pneumonie, welche ohne Vermittlung einer nachweisbaren Pleuritis aufgetreten sind. Beide Male waren große, intraabdominelle, abgesackte Eiteransammlungen vorhanden, welche durch die Incision zur Ausheilung kamen. Wenn man bedenkt, dass die Infektionskeime nicht nur auf dem Lymphweg, sondern auch durch die Blutbahn weiter verschleppt werden können, dann wird es erklärlich, dass kaum ein Organ von einer sekundären Infektion des Diplococcus lanceolatus verschont bleibt. Chirurgisch besonders interessant ist die Betheiligung der Knochen und Gelenke:

1) Ein 53jähriger Arbeiter bekommt nach einer schnell verlaufenden Pneumonie eine Vereiterung des rechten Kniegelenks, mit Diplokokken in Reinkultur. 4 Wochen vorher hatte er nach einem Fall Schmerzen im rechten Kniegelenk.

2) Ein 44jähriger Mann, der früher eine Kniegelenksaffektion unbekannter Natur durchgemacht hat, wird von krupöser Pneumonie befallen, und 9 Tage später wird eine Diplokokken enthaltende, rechtsseitige Kniegelenkseiterung festgestellt.

In diesen beiden Fällen stellte die vorangegangene Kniegelenksaffektion vielleicht einen Locus minoris resistentiae dar, welcher die Ansiedlung der Infektionserreger begünstigte.

3) Ein 29jähriger Mann wird im Anschluss an eine mit Gehirnerschütterung einhergehende Verletzung von einer Pneumonie befallen, die sehr bald zu einer Diplokokkenpyämie führt und den Tod veranlasst. Im Verlauf der Krankheit vereitern das rechte Kniegelenk, das rechte Metatarsophalangealgelenk I und das rechte Metacarpophalangealgelenk III, und in allen diesen Gelenken lassen sich Diplokokken in Reinkultur nachweisen.

Von primären Diplokokkeneiterungen führt W. noch eine Otitis media, eine Epididymitis und eine Peritonitis an, bei denen allen ebenfalls der Nachweis von in Reinkultur vorhandenen Diplokokken erbracht werden konnte.

Sultan (Göttingen).

27) **Cesaris-Demel.** Di un nuovo caso di infezione gazogena.

(Giorn. della R. Accad. di med. di Torino 1899. No. 5.)

Puerperale septische Endometritis, Cystitis, Pyelitis, pyelonephritische parenchymatöse Hepatitis. In der Leber zahlreiche Gasblasen. In allen Organen wird ein schon früher von C. als gasbildender Organismus aufgefundener Bacillus nachgewiesen. Die Leber war der einzige Punkt, an welchem es zur Gasbildung gekommen war. C. schließt, dass dieser Vorgang nicht dem Bacillus an sich eigen sei, sondern dazu besondere im Organismus liegende Momente beitragen müssen, um lokale Fäulnis zu erzeugen. Hier sucht er die Ursache in den übermäßigen Aufgaben, welche Schwangerschaft und Puerperium an die Leber stellen. Sie neige dadurch zu nekrobiotischen Processen, und in solchen Herden sei dann Gasbildung möglich.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

28) **Malenchini e Pieraccini.** Ascessi da bacillo dell' Eberth sviluppatisi nel cellulare sottocutaneo nei punti delle iniezioni ipodermiche.

(Sperimentale.)

Wie schon der Titel andeutet, fanden die Autoren den Typhusbacillus als einzigen Mikroorganismus in subkutanen Abscessen, welche an Stellen, wo Koffeïn während des Fieberstadiums subkutan injicirt war, unter leichtem Fieber 8 Tage nach der völligen Entfieberung sich an den Oberschenkeln und rechtem Oberarm einer Frau entwickelten. Der Eiter der Abscesse war dicklich, gelblich, geruchlos. Die Bacillen wurden durch Kultur, Färbung, Widal'sche Reaktion und Thierversuch bestimmt. Andere mit derselben Spritze und derselben Lösung zur selben Zeit und im selben Saal behandelte Typhuskranke bekamen keine Abscesse.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

29) **Petteruti.** A proposito delle cura di Landerer.

(Nuovo rivista clin.-terapeut. 1899. No. 5.)

P. hat seit 1893 nach Landerer's Vorschriften 33 Fälle von Lungentuberkulose behandelt, 12 mit endovenösen Injektionen von Zimmtsäure (im Ganzen 500, bis zu 114 bei einem Kranken), 9 mit endovenösen, 12 mit intramuskulären Einspritzungen von zimmtsaurem Natron. Von allen Kranken leben nur noch 2, und scheinen geheilt zu sein, die übrigen sind todt, wenn auch vorübergehend die Krankheit Stillstand machte. Trotz seiner geringen Resultate will P. seine Versuche mit Hetol fortsetzen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

30) **P. Jacques.** L'amygdalite ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes chez l'enfant.

(Revue de laryngol. 1899. No. 23.)

Während die eigenthümliche Erkrankung der Mandeln mit tiefer Geschwürsbildung unter dem Bild eines Mandelschankers bisher nur bei jugendlichen Er

wachsenen beschrieben worden ist, berichtet Verf. von 2 kleinen Kindern, im Alter von 2 und $2^1/_2$ Jahren, bei welchen er dieselben spindelförmigen Bacillen gefunden hat, welche von Vincent entdeckt und als Ursache der erwähnten Erkrankung gedeutet worden sind. In dem einen Falle aber handelt es sich gar nicht um eine Mandelerkrankung, sondern um eine Mundhöhlenaffektion, welche nach der Schilderung des Verf. große Ähnlichkeit mit der auf den Menschen übertragenen »Maul- und Klauenseuche« hat. Der 2. Fall betraf allerdings die Mandeln und gab zunächst Grund zum Verdacht auf Diphtherie. In der Behandlung erweisen sich Pulverungen von Naphtholkampher als nützlich; Verf. sieht hierin eine Bestätigung der Vermuthung Vincent's, dass seine spindelförmigen Bacillen nicht bloß morphologisch, sondern auch biologisch den Erregern des Hospitalbrands verwandt sind. **Teichmann** (Berlin).

31) **Reinhard.** Ein Fall von Tonsilla pendula.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 14.)

Beschreibung eines der seltenen Fälle von accessorischer Tonsille bei einem 16jährigen Pat. Dieselbe war von kugelrunder Gestalt und betrug im Durchmesser etwa 2 cm. An der sonst glatten Oberfläche treten einzelne kegelförmige, an der Kuppe leicht gelblich durchscheinende Höcker, hier und da auch kraterförmige Vertiefungen hervor. Die prallgespannte Geschwulst saß dem hinteren oberen Theil der linken Mandel in theilweisem Zusammenhang mit dem hinteren Gaumenbogen mittels eines $^1/_2$ cm breiten und etwas längeren Strangs auf. Entfernung mit der galvanokaustischen Schlinge. Die mikroskopische Untersuchung ergab zweifelloses Tonsillengewebe. Es sind bislang nur 8 derartige Fälle außer dem vorliegenden mitgetheilt. **Hübener** (Dresden).

32) **A. Onodi.** Das Lipom der Mandel.

(Archiv für Laryngologie Bd. IX. Hft. 2.)

Verf. erhebt den Anspruch der ersten Veröffentlichung eines Falles von Lipom der Mandel, da er bereits 1895 darüber berichtet hat. Es handelt sich um eine 1 cm lange, $^1/_2$ cm breite, blassgelbe, gestielte Geschwulst, die sich mikroskopisch als reines Fettgewebe darstellte. Neuerdings hat er bei einem 12jährigen Mädchen eine etwas größere Geschwulst an der rechten Mandel entfernt, welche zum größten Theil aus sklerosirtem Bindegewebe bestand, aber in der Mitte mehrere Gruppen von Fettzellen enthielt, die von einer kleinzelligen Infiltration umgeben waren. **Teichmann** (Berlin).

33) **Curtis et Phocas** (Lille). Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide.

(Arch. prov. de méd. 1899. No. 1.)

P. exstirpirte bei einer 48jährigen Frau eine abgekapselte Parotisgeschwulst, die in 18 Jahren die Größe eines Hühnereies angenommen hatte. C. untersuchte dieselbe eingehend auf ihre histologische Zusammensetzung. Er fand, dass die Geschwulst dieselben Strukturverhältnisse darbot, die zahlreiche Beobachter beschrieben haben, und erklärt dieselben für eine Bindegewebsgeschwulst, d. h. Endotheliom. Gegen die Annahme einer Epithelgeschwulst spricht, dass C. nirgends Zellen fand, die den Drüsenepithelien glichen und dass er nirgends einen Übergang des Geschwulstgewebes zum Drüsengewebe beobachtete. Für die Annahme eines Endothelioms spricht nach ihm, dass die Zellstränge und -Sprossen, die man für epitheliale Gebilde halten kann, innig mit den Bindegewebselementen zusammenhängen, dass dieser Zusammenhang überall in der Neubildung nachweisbar ist, dass die epitheloiden Zellen direkt in das sarkomatöse Stroma übergehen, dass man an bestimmten Stellen die ersten Anfänge der Geschwulst in unmittelbarem Zusammenhang mit den Lymphgefäßen sieht, die erweitert und mit Endothel ausgekleidet sind, und dass endlich die cystösen Erweiterungen im Stroma nicht drüsigen Ursprungs sind, sondern als erweiterte Lymphgefäße und Gewebsspalten

erkennber sind. C. unterwirft die Beobachtungen anderer Autoren (Plauteau, Malassez, Pérochand, de Larabrie, Berger), die für die epitheliale Natur der Parotisgeschwulst eingetreten sind, einer kritischen Nachprüfung und kommt zu dem Schluss, dass für die in Frankreich allgemein angenommene Ansicht von dem epithelialen Ursprung dieser Geschwulst keine einzige einwandsfreie Beobachtung vorliegt, und dass keiner der genannten Beobachter einen strikten Beweis erbracht hat. Auf Grund seiner Untersuchung will er die in Deutschland herrschende Annahme von Billroth, Nasse, Kaufmann, Volkmann zu Recht bestehen lassen, dass die Parotisgeschwülste Bindegewebsgeschwülste, Endotheliome, seien. **Buchbinder** (Straßburg i/E.).

34) **Letulle.** Mal perforant buccal.

(Presse méd. 1898. No. 28.)

Das im Allgemeinen seltene Leiden wird meist bei Tabes oder bei Verdacht auf Syphilis durch Zufall entdeckt, da es keine Beschwerden zu machen pflegt. So auch in einem Falle, wo ein 51jähriger Mann mit Erscheinungen von Tabes das Hospital aufsuchte. Er bot völlige Anästhesie im Bereich der erkrankten Kieferhälfte dar; die Zähne waren fast alle ausgefallen, die noch vorhandenen gesund; Kieferfortsätze atrophisch, die rechte Seite des harten Gaumens zeigte einen trichterförmigen Krater, dessen Wandungen von Narbengewebe ausgekleidet waren, dessen Spitze aber in ein fast kreisrundes Loch auslief, das mit der Nasenhöhle kommunicirte. Der Kranke selbst wusste von seinem Leiden nichts. Verf. neigt weder der Ansicht zu, welche dieses Leiden als trophoneurotische Störung im Gebiet des Trigeminus auffasst, welche mit Zahnausfall und Kieferschwund beginnt und schließlich mit einer Ulceration und Perforation des Sinus maxillaris endet, noch der, welche es als das Endresultat einer chronischen alveolären Eiterung erklärt. Er will vielmehr beides vereinigen und bald mehr die trophische Störung der Tabes, bald mehr die entzündlich-eitrigen Vorgänge am Alveolarfortsatz beschuldigen. **Tschmarke** (Magdeburg).

35) **N. N. Snamenski.** Die Radikalbehandlung der Pyorrhoea alveolaris.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 4.)

S. wandte bei 258 Pat. an etwa 600 Alveolen die von Baume (im Scheff-schen Handbuch der Zahnheilkunde) vorgeschlagene Methode der Behandlung obengenannten hartnäckigen Leidens an. Nur modificirte er Baume's Vorgehen derart, dass er nach Reinigung des Zahnes vom Weinstein und Auskratzung der Alveole die Zahnfleischtasche nicht mit dem Galvanokauter wegbrannte, wie es B. macht, sondern nur die innere Fläche der Tasche mit dem scharfen Löffel auskratzte. Meist war die Operation von Erfolg gekrönt; nur in sehr schweren Fällen musste sie bis 4mal wiederholt werden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

36) **E. Eckert.** Zur Kenntnis der Osteome des Unterkiefers.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 3.)

In dem Falle E.'s (aus der Mikulicz'schen Klinik) hatte sich bei einer 50jährigen Frau im Verlauf von 9 Jahren unter lebhaften neuralgiformen Schmerzen eine Schiefheit des Gesichts eingestellt. Das Kinn war nach der linken Seite verschoben, der rechte aufsteigende Unterkieferast im Gebiet des Kiefergelenks erheblich verdickt; ob diese Verdickung auf einer Geschwulst oder einer entzündlichen Neubildung beruhe, war zunächst nicht zu entscheiden. Nach erfolgloser Jodkalikur wurde das Kiefergelenk operativ freigelegt, und hierbei ergab sich, dass auf der Medialseite des Gelenkkopfes ein pflaumengroßes Osteom aufsaß, welches durch sein Wachsthum gegen die Schädelbasis allmählich den Unterkiefer nach unten und vorn gedrängt hatte. Nach Resektion des Gelenkkopfes wurde der Kiefer reponirt; es erfolgte glatte Heilung. Nach 5 Monaten war Pat. frei von jeglichen Beschwerden, die Entstellung fast gänzlich ausgeglichen.

Anschließend werden die bisherigen Fälle der Litteratur, im Ganzen 19, wiedergegeben. Die Neubildung hatte ihren Sitz vorzugsweise am horizontalen Kieferast, seltener am Angulus mandibulae und dem aufsteigenden Ast, nur einmal (Fall E.'s) am Gelenkhals. Rücksichtlich ihrer Beschaffenheit überwiegen bei Weitem die Elfenbeinosteome, es folgen die spongiösen, dann die aus jungem Knochengewebe zusammengesetzten; ein Fall zeigt die »Corps osseux enkystés« Cruveilhier's. Für die Symptome ist namentlich die Lokalisation der Tumoren maßgebend. Solche an der Außenseite des Kiefers können ganz erscheinungslos verlaufen, solche, die sich nach innen zu entwickeln, führen dagegen zu den mannigfachsten Störungen, als Behinderung des Sprechens und Schluckens, Neuralgien etc. In anderen Fällen kombiniren sich mit dem Auftreten der Geschwülste auch entzündliche Erscheinungen. Die Prognose des unkomplicirten Unterkieferosteoms ist durchaus günstig; die Therapie hat, wo überhaupt indicirt, in operativer Entfernung des Tumors, resp. bei inniger Verwachsung mit dem Kiefer in Resektion des letzteren zu be-stehen.

Honsell (Tübingen).

37) **G. Mahu.** Du relèvement du voile du palais pour l'examen du naso-pharynx.

(Revue de laryngol. 1899. No. 2.)

Im Gegensatz zu den bisher gebräuchlichen Gaumenhaken wird das vom Verf. erfundene Instrument nicht vom Munde aus angelegt, sondern durch die Nase eingeführt und, ähnlich dem Bellocque'schen Röhrchen, um das Gaumensegel herumgeleitet. Den Widerhalt liefert eine auf der Oberlippe aufliegende verstellbare Platte. Das Instrument ist zur Desinfektion leicht aus einander zu nehmen. Es soll in vielen Fällen besser vertragen werden, als die vom Mund aus eingeführten Haken.

Teichmann (Berlin).

38) **Henke.** Uvuladefekt.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. No. 3.)

Der freie Gaumensegelrand zeigte in der Mitte an Stelle der Uvula eine etwa $^1/_2$ cm tiefe scharfwinklige Einziehung, wodurch seine normale Rundbogenform in eine Spitzbogenform abgeändert war, welche sich weder im Kontraktions-, noch Relaxationszustand änderte. Pathologische Ursachen des Defekts waren auszuschließen.

Teichmann (Berlin).

39) **Thomas.** Disparition d'un strabisme divergent après curettage du naso-pharynx et de l'oreille du même côté chez un adénoïdien de dix ans.

(Revue de laryngol. 1899. No. 1.)

2 Tage nach Auskratzung des Nasen-Rachenraumes und des Ohres war der Strabismus, welcher in keiner Weise bei Vornahme der Operation mit in Berechnung gezogen worden war, verschwunden, und blieb es dauernd. Einen Monat nach der Operation hatte der als halb-idiotisch geschilderte Knabe, welcher mit 10 Jahren nur undeutlich wenige Worte sprechen konnte, angeblich bereits einen »intelligenten« Gesichtsausdruck! Am Ende wird er noch ein Geistesheld.

Teichmann (Berlin).

40) **M. Kamnew.** Ein Fall von Kehlkopffraktur.

(Wratsch 1899. No. 26.)

Ein 10jähriges Mädchen wurde von einer Kuh mit dem Horn in den Hals gestoßen. Tod nach $1^1/_2$ Stunde, wobei sich Emphysem unter der Haut gebildet und über den ganzen Körper bis zu den Zehen verbreitet hatte. Man konnte Krepitation und Dislokation des Schildknorpels fühlen. Sektion nicht gestattet. Die Fraktur kommt nicht oft vor: Fischer fand 105 Fälle, Borshimowski 101.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

41) **J. Garel.** Deux cas de tumeurs volumineuses de l'épiglotte, lipome et fibrome.

(Revue de laryngol. 1899. No. 20.)

Beide Geschwülste saßen gestielt in der Fossa glosso-epiglottica. Das Fibrom, bei einer 55jährigen Frau, war 4 cm lang und 3 cm breit, von der Größe eines Eies; das Lipom, bei einem 61 Jahre alten Priester, wog 25 g. Beide Geschwülste wurden mit der Glühschlinge entfernt; Recidive traten nicht ein.

Teichmann (Berlin).

42) **C. Compaired.** Un cas de nodules multiples des cordes vocales.

(Revue de laryngol. 1899. No. 19.)

Bei einem Opernbariton fand Verf. als Ursache einer hartnäckigen Stimmstörung je 2 Knötchen an jedem Stimmband. Außerdem trug die Epiglottis an ihrem Rand eine kleine Cyste. Die Knötchen wurden mit der schneidenden Zange abgetragen, worauf die Singstimme sich wieder herstellte. Verf. hält diese »Sängerknötchen« für einfache Epithelverdickungen, hervorgerufen durch einen häufig wiederholten Reiz bei starken Anstrengungen der Stimme.

Teichmann (Berlin).

43) **A. Ephraim.** 1) Bedrohliche Anschwellung einer Kehlkopfgeschwulst durch Gravidität und Entbindung. — 2) Langgestieltes Sarkom des Kehlkopfs. — 3) Gehörgangscyste.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. No. 5.)

1) Eine Frau, zu welcher Verf. wegen Erstickungsgefahr gerufen wurde, fand er in voller Wehenthätigkeit; sie war seit langer Zeit heiser, aber erst während der letzten Monate der Schwangerschaft litt sie an Athemnoth, welche sich seit Beginn der Wehen zu bedrohlicher Höhe gesteigert hatte. Verf. fand eine von der Hinterwand des Kehlkopfs ausgehende bewegliche Geschwulst, welche den oberen Kehlkopfraum so ausfüllte, dass nur ein ganz schmaler Spalt an der vorderen Kommissur für die Athmung frei blieb. In Ermanglung eines Schlingenschnürers entfernte Verf. mit einer Kehlkopfzange stückweise immer in der Wehenpause einen Theil der Geschwulst, bis die Athmung wieder frei war. Es handelte sich um ein Fibrom mit stark erweiterten Gefäßen. Da die Pat. von einer gründlichen Entfernung der Geschwulst nichts wissen wollte, hatte Verf. Gelegenheit, in 2 darauffolgenden Schwangerschaften wieder eine Volumenszunahme derselben zu beobachten mit Zunahme der Athembeschwerden.

2) Ein Fuhrwerksbesitzer bemerkte angeblich seit 3 Wochen ein Athem- und Schlinghindernis in der rechten Seite des Halses. Bei der Untersuchung fand Verf. ein mehr als erbsengroßes, bläuliches Gebilde in der Tiefe des Sinus pyriformis. Es konnte mit der Pincette emporgehoben werden, wobei sich zeigte, dass es an einem dünnen, langen Stiel saß; durch Zug mit der Pincette wurde es ohne Mühe abgerissen. Unter dem Mikroskop stellte es sich als ein »von einer dichten, fibrösen Kapsel umkleidetes, kleinzelliges Rundzellensarkom« dar.

3) Bei einem 11jährigen Mädchen fand Verf. an der unteren Gehörgangswand eine in der Größe eines halben Pflaumenkerns halbkuglig vorspringende, fluktuirende Geschwulst ohne entzündliche Erscheinungen. Auf Einschnitt entleerte sich seröse Flüssigkeit, die Sonde konnte bis zum Kieferwinkel eingeführt werden. Bei der Operation der Cyste trat Facialislähmung ein. **Teichmann** (Berlin).

44) **H. v. Schrötter.** Zur Kenntnis der Knochenneubildung in der Luftröhre.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 14.)

33jähriger Pat. ist Anfang 1891 von Störk wegen eines Papilloms der Trachea endolaryngeal operirt worden. Seit 1894 zunehmende Beschwerden, Fremdkörpergefühl, zunehmende Athembeschwerden. Laryngoskopischer Befund: Kehlkopf

frei; von dem hinteren Theil der rechten Luftröhrenwand, ungefähr in der Höhe des 8. Knorpelrings, geht eine weiße, durchleuchtbare, über erbsengroße Geschwulst aus, die starr in die Lichtung hervorragt. Außerdem nimmt man einzelne oder zu Gruppen vereinigte Höckerchen und Knötchen wahr, die sowohl den Trachealringen, als auch deren Zwischenräumen entsprechen. Der sichtbare Theil der Bronchiallichtungen nicht verengt. In mehreren Sitzungen wurde mittels der scharfen S.'schen Kehlkopfpincette der größte Antheil der Geschwulst, so wie einige Knochenplättchen von der Basis der Neubildung abgetragen. Der Pat. fühlte sich danach sehr erleichtert. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Richtigkeit der vorher klinisch gestellten Diagnose. **Hübener** (Dresden).

45) **Goris.** Double thyrotomie, double trachéotomie pour angiome du larynx chez un enfant de quatre ans; guérison.

(Revue de laryngol. 1899. No. 22.)

Die Geschwulst hatte das Taschenband in die Lichtung des Kehlkopfs vorgewölbt. Nach Entfernung derselben bestanden die früheren Athembeschwerden fort und machten eine 2. Eröffnung des Kehlkopfs nothwendig: es zeigte sich, dass das Taschenband sich nicht wieder angelegt hatte, sondern immer noch den Luftweg versperrte. Nach Ausschneidung desselben trat vollständige Heilung ein.

Teichmann (Berlin).

46) **P. Reinhard.** Zur Kenntnis des Auftretens von Trachealstenose nach Tracheotomie.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. No. 6.)

Bei einem 18jährigen Mädchen, welches seit etwa 3 Monaten an zunehmender Athemnoth litt, fand Verf. in der Höhe des 5. Trachealringes 2 dicke Wülste, welche sich in ihrer vorderen Hälfte an einander legten und die Luftröhrenlichtung bis auf einen schmalen, dreieckigen Spalt verengten. Für die Entstehung dieser Stenose ließ sich nichts Anderes geltend machen, als eine vor 12 Jahren ausgeführte Tracheotomie. Die Behandlung mit Schrötter'schen Bougies war sehr bald erfolgreich. Es erscheint fraglich, ob man nach so langer Zeit noch eine luxurirende Narbenbildung annehmen kann. Wahrscheinlicher ist wohl, dass dieselbe schon länger in geringerem Grad bestand und erst spät, vielleicht durch Hinzutreten anderer Momente (Pat. hatte auch Schilddrüsenvergrößerung) Erscheinungen machte. **Teichmann** (Berlin).

47) **Ferria.** Prove cliniche di opoterapia tiroidea come stimolante della rigenerazione ossea.

(Gazz. med. di Torino 1899. No. 24.)

Gauthier hat zuerst bei verzögerter Callusbildung Schilddrüsensubstanz mit gutem Erfolg verfüttert. F. hat die Methode 2mal angewandt:

1) 46jährige Frau erleidet einen komplicirten Flötenschnabelbruch des rechten Unterschenkels. Wegen starker Eiterung und akuter Osteomyelitis des Schafts werden die beiden Frakturenden, im Ganzen 8 cm, am 13. Tage subperiostal resecirt. In die Höhle wird, nachdem sie granulirte, ein ausgekochtes Stück Humerus einer menschlichen Leiche eingelegt und blieb dort, ohne starke Eiterung, aber auch ohne Knochenproduktion anzuregen, bis zur 12. Woche liegen. Von da ab werden Schilddrüsentabletten gegeben, und rasch bildete sich nun eine cylindrische Knochenneubildung vom Periost aus, so dass der Fremdkörper nach 6 Wochen entfernt werden konnte. Er war wie ein Sequester angefressen. Die zurückbleibende Höhle schloss sich rasch, das Bein wurde völlig tragfähig und nur 2 cm verkürzt.

2) Verzögerte Konsolidation nach Callusresektion am rechten Radius wegen difform geheilter Fraktur. Beweglichkeit noch nach 3 Monaten. Nach 4wöchentlicher Schilddrüsenfütterung war Festigkeit eingetreten.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

48) **H. Hültl.** Über die luetischen Erkrankungen der Schilddrüse.

(Pester med.-chir. Presse 1899. No. 19.)

Ein 58jähriger Mann erkrankt unter den Erscheinungen von Athemnoth, Heiserkeit, Schlingbeschwerden. Der anämische, abgemagerte Kranke zeigt am rechten Stimmband ein großes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern. Beide Schilddrüsenhälften vergrößert, in der linken ein haselnussgroßer Knoten. Diagnose: Struma maligna. Pat. verweigerte jeden Eingriff und kam 3 Monate später, dem Erstickungstod nahe, ins Spital. Schwierige Tracheotomie durch den 2mannsfaustgroßen Kropf. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Thyreoiditis interstitialis syphilitica. Durch Jodkali wurde die Geschwulst in 3 Monaten zum Verschwinden gebracht. **Neugebauer** (M. Ostrau).

49) **Schwartz.** Goitre exophthalmique. Résection de deux segments des deux grands sympathiques (partie inférieure du ganglion supérieur et portion moyenne). Grande amélioration.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 748.)

Die Erscheinungen des Morbus Basedowi bestanden bei der 31jährigen Pat. seit 4 Jahren. Am 1. Februar 1898 resecirte S. den unteren Theil des rechten oberen und den oberen Theil des mittleren Cervicalganglions nebst der zwischenliegenden Nervenstrecke, und erzielte schon hierdurch eine gewisse Besserung. Am 18. Juni 1898 exstirpirte er die untere Hälfte des linken oberen Cervicalganglions und mehrere sich von hier aus nach unten abzweigende Äste des Sympathicus. Die Besserung machte darauf ganz erhebliche Fortschritte. Der Puls ist regelmäßig und fast normal geworden, während er früher 140 Schläge pro Minute machte; der Exophthalmus ist beiderseits sehr zurückgegangen; die Anfälle von Dyspnoë und nächtlichen Schmerzen sind fast gar nicht mehr wiedergekehrt, der Kropf ist kleiner geworden.

Gérard-Marchant spricht auf Grund eigener Erfahrungen von 11 Resektionen des Sympathicus bei Morbus Basedowi die Erwartung aus, dass in dem Schwartz'schen Falle die Besserung noch zur völligen Heilung fortschreiten werde. **Reichel** (Chemnitz).

50) **Kapsammer.** Cystenkropf, ausgehend von einem papillären Cystadenom einer Nebenschilddrüse.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 17.)

Bei einem 58jährigen Pat. entwickelte sich im Lauf von 5 Jahren von einem kleinen, oberhalb des sternalen Endes des linken Schlüsselbeins gelegenen Knötchen (angeblich im 16. Lebensjahr nach schwerem Fall auf die linke Schulter entstanden) eine etwa 2mannsfaustgroße cystische Geschwulst der linken Halsseite, die sich aus mehreren, nicht scharf von einander getrennten Knollen zusammensetzte. Die Geschwulst bewegte sich beim Schlucken nicht mit; von den großen Gefäßen war nichts zu fühlen. Unter Thyreoidinbehandlung soll der Halsumfang um 2 cm ab-, nach Aussetzen derselben wieder zugenommen haben.

Es wurde die Diagnose auf Struma cystica gestellt, indess erwies sich bei der Operation die Glandula thyreoidea als vollkommen normal bis auf eine bohnengroße Cyste im linken Lappen, deren Inhalt durch Einstich entleert wird. Dieselbe hat aber keinen Zusammenhang mit der Geschwulst am Hals. Nach Auslösung der Cysten, die wegen inniger Verwachsungen mit der Umgebung schwierig war, findet sich ungefähr in der Gegend hinter der Articulatio sterno-clavicularis sin. in losem Zusammenhang mit der Cystenwand ein haselnussgroßes, nicht scharf abgegrenztes, aus leicht zerreißlichem, zottigem, weiß aussehenden Gewebe bestehendes Geschwülstchen.

Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab, dass es sich um ein papilläres Cystadenom handelte; eben so konnte der Nachweis erbracht werden — es waren an einzelnen Stellen außer an der Cystenwand der großen Geschwulst

Spuren von mit der kleinen Geschwulst identischem Gewebe nachweisbar —, dass die Cyste sich aus der kleinen, haselnussgroßen Geschwulst (Nebenschilddrüse) entwickelt hat. **Hübener** (Dresden).

51) P. A. Gubarew. Zur Frage von der operativen Behandlung der frischen Empyeme.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 4.)

Die Arbeit stammt aus Prof. Bornhaupt's Klinik in Kiew und stützt sich auf 104 Fälle, die 1883—1898 operirt worden sind.

Davon handelte es sich in 24 Fällen um Empyem bei tuberkulösen Kranken; von 20 mit einfachem Schnitt im Interkostalraum wurde 1 geheilt, 13 starben, 6mal verließen die Kranken mit einer Fistel das Hospital. Bei 4 Pat. wurde die Rippe resecirt, 2 starben, bei zweien blieb eine Fistel nach. 2 Kranke hatten ferner Empyem auf beiden Seiten; beide starben. Bei 5 Pat. wurde die Thorakoplastik in Folge chronischen Empyems gemacht, 2 davon starben an Tuberkulose nach 8, resp. an Pyämie nach 5 Monaten, 3 verließen das Krankenhaus mit Fistel. Von den übrigen 73 Pat. wurden 57 mit einfachem Schnitt, 16 mit Rippenresektion behandelt.

1) Einfacher Schnitt: Bei 28 Pat. entwickelte sich das Empyem nach Pneumonia crouposa; davon genasen 21, 2 starben, 5 behielten eine Fistel zurück. Mittlere Behandlungsdauer der Geheilten 52 Tage (13—176). Primäre Pleuritis: 13mal. 8 wurden geheilt, 5 starben. Behandlungsdauer 12—207 Tage, durchschnittlich 95. Metastatische Pneumonie: 3mal nach Abdominaltyphus, 2mal nach Influenza, je 1 nach Masern, Puerperalfieber, Otitis purulenta, Erysipel. 8 Pat. genasen, 1 (nach Influenza) starb. Behandlungsdauer 20—240 Tage, durchschnittlich 79. Chronische Pneumonie: 6mal. 1 starb, 1 Fistel, 4 geheilt. Behandlungsdauer 13—72 Tage, im Mittel 36.

2) Rippenresektion. Pneumonia crouposa 3mal, alle geheilt (nach 7, 10 und 60 Tagen). Primäre Pleuritis 5mal, 2 gestorben, 2 Fisteln (307 resp. 120 Tage), 1 geheilt nach 60 Tagen. Chronische Pneumonie 1 gestorben, 1 Fistel (110 Tage). Perforatives Empyem 2 geheilt (20 resp. 98 Tage); metastatisches Empyem (17, 117). Lungengangrän 1 Pat. jetzt, nach 3 Monaten, beinahe geheilt. — 23 Pat. wurden im 1. Monat der Krankheit operirt; davon genasen 17 (mittlere Behandlung 63 Tage), 4 starben, 2 Fisteln. Während des 2. Monats wurden operirt 26; 18 geheilt (je 58 Tage), 5 starben, 3 Fisteln. Nach mehr als 2 Monaten wurden 22 operirt; geheilt wurden 15 (77 Tage), 3 starben, 4 Fisteln.

Mehrfach gespült wurden 32; 15 geheilt, 9 starben, 8 Fisteln. Einmalige Spülung 11, alle geheilt. Ohne Spülung 30; 26 geheilt, 3 starben, 1 Fistel. — 1883—1890 wurden operirt 15; 7 geheilt, 6 starben, 2 Fisteln. 1891—1898 58 Pat., die betreffenden Zahlen sind hier 45, 6, 7. — Nach dem Alter handelte es sich in 13 Fällen um Kinder bis zu 16 Jahren; 12 geheilt, 1 (Rippenresektion) mit Fistel entlassen. 7 Pat. waren über 30 Jahre alt; die übrigen zwischen 21—26 Jahren (darunter 67 Soldaten, von denen 31 genasen, 14 starben, 6 Fisteln behielten). Von den 53 Genesenen wurde nur bei 22 Deformation des Brustkorbs bemerkt, bei 4 ist Fehlen derselben angegeben. — Viele von den mit Fisteln Entlassenen sind wohl bald zu Hause vollständig geheilt.

Zum Schluss sagt G., dass Rippenresektion oder einfacher Schnitt keinen merklichen Unterschied in der Heilung zeigen. Übrigens wird der einfache Schnitt vom Verf. bevorzugt. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

Berichtigung: In dem Referat über Emmerich und Löw, No. 34 p. 931 ist statt »bakteriologisch« stets »bakteriolytiode« zu lesen.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 37. **Sonnabend, den 16. September.** **1899.**

(Aus der chirurgischen Klinik zu Upsala.)

Über Ausräumung der Lymphdrüsen in der Leiste und längs der Vasa iliaca und der Vasa obturatoria in einer Operation[1].

Von

Prof. Dr. **K. G. Lennander.**

1) Wenn man Patt. mit malignen Neubildungen, z. B. der Haut an einer der unteren Extremitäten oder am Penis, operirt und gleich-

[1] Zusammenfassung eines Vortrags auf dem nordischen Chirurgen-Kongress in Stockholm am 3.—5. August 1899.

zeitig die Lymphdrüsen in einer oder in beiden Leisten exstirpirt hat, ist es gewöhnlich, dass man die Patt. nach einiger Zeit wieder zu sehen bekommt mit inoperablen Metastasen in den Lymphdrüsen in einer oder in beiden Fossae iliacae.

2) Dieses Verhalten beruht auf den anatomischen Verbindungen der betreffenden Lymphgefäße und Lymphdrüsen. In den oberflächlichen Lymphdrüsen in den Leisten sammeln sich fast alle Lymphgefäße aus der Haut und dem Unterhautgewebe an den unteren Extremitäten und am Unterleib unterhalb der transversalen Nabelebene, so wie aus den äußeren Genitalien und vom Anus. Sicher ist, dass von den meisten, vielleicht von allen oberflächlichen wie tiefen Lymphdrüsen in der Leiste große Lymphgefäße ausgehen, die, ohne erst andere Lymphdrüsen zu passiren, direkt nach der Vena und Arteria femoralis hin gehen, um, entweder jedes einzelne für sich oder zu großen Stämmen vereinigt, den beiden Femoralgefäßen zu den Lymphdrüsen in der Fossa iliaca um die Vasa iliaca externa herum zu folgen. Einzelne dieser Vasa efferentia lymphatica inguinis können hinauf bis zu den oberen Glandulae lymphaticae iliacae ext., d. h. bis unterhalb der Theilung der Art. iliaca communis gehen. Eine nothwendige Folge davon ist, dass, auch wenn nur eine oder ein Paar der oberflächlichen Lymphdrüsen in der Leiste von einer bösartigen Neubildung ergriffen gefunden wird, diese doch bereits auf die Drüsen in der Fossa iliaca weiter verbreitet worden sein kann. Ein Theil der Vasa efferentia von den tiefen Lymphdrüsen in der Leiste an der medialen Seite der Vena femoralis geht durch das Septum crurale oder über den Rand des kleinen Beckens direkt hinauf zu den um die Art. hypogastrica herum gelegenen Drüsen. Sobald eine der tiefen Drüsen in der Leiste erkrankt befunden wird, kann also die Krankheit schon auf die Glandulae hypogastricae ausgebreitet sein, auch wenn man makroskopisch nicht feststellen können sollte, dass eine der zunächst oberhalb des Lig. Pouparti gelegenen Drüsen erkrankt ist. Von Bedeutung ist der Umstand, dass zahlreiche Lymphgefäße die Drüsen um den unteren Theil der Vasa iliaca externa mit den Drüsen um die Vasa obturatoria längs der bekannten großen Arterien- und Venenanastomosen vereinigen. Die Glandulae lymphaticae obturatoriae bekommen wahrscheinlich vermehrte chirurgische Bedeutung durch die Lymphgefäße, die, wie ich annehme, ihnen zugeführt werden längs der Venae communicantes ad Venam obturatoriam, theils von der Vena dorsalis penis profunda und dem Plexus pudendalis, theils von der Vena circumflexa femoris interna[2]. Ist diese Vermuthung richtig, so kann eine bösartige Neubildung am Penis oder innerhalb des Gebiets der Adduktorenmuskeln gleichzeitig auf die Glandulae inguinales und auf die Glandulae obturatoriae metastasirt werden.

---

[2] Solche Lymphgefäße habe ich nicht erwähnt oder abgebildet gesehen, aber es ist ja anzunehmen, dass auch diese Venenwege von Lymphgefäßen begleitet werden.

3) Von den Glandulae lymphaticae iliacae externae und obturatoriae gehen Lymphgefäße zu den Glandulae iliacae communes und zu den Glandulae hypogastricae. Die Glandulae iliacae communes sind theils um die Theilung der Art. und Vena iliaca comm. herum gesammelt, theils liegen sie zerstreut längs dieser Gefäße bis zur Theilung der Aorta.

4) Bei Personen mit normal fetter und muskelstarker Bauchwand kann man die Lymphdrüsen in der Fossa iliaca nicht eher fühlen, als bis sie ziemlich bedeutend vergrößert sind. Kann man in der Fossa iliaca Metastasen einer bösartigen Neubildung fühlen, dann ist die Zeit für eine radikale Exstirpation dieser Metastasen vermuthlich schon versäumt.

5) Bei jeder Operation wegen bösartiger Neubildung in Lymphdrüsen muss man danach streben, die Lymphdrüsen wenigstens eine Station näher nach dem Herzen zu zu exstirpiren, als sie, makroskopisch gesehen, krank sind. Findet man also Krebs oder Sarkom in den Inguinaldrüsen, so werden auch die Drüsen in der Umgebung der Vasa iliaca externa und um die Vasa obturatoria herum sammt den Drüsen längs der A. hypogastrica neben der Beckenwand entfernt und, sollten auch diese krank sein, so wird die Ausräumung in proximaler Richtung fortgesetzt, so dass auch die Glandulae iliacae communes exstirpirt werden, hinauf bis zur Mitte der Vasa iliaca comm. oder bis zur Theilung der Aorta.

Die erste Station oberhalb der Leiste reicht also vom Lig. Pouparti bis zur Theilung der A. iliaca comm.

Gestützt auf 2 Exstirpationen der Lymphdrüsen um die Vasa iliaca externa und um den unteren Theil der Vasa iliaca comm., die ich mit Hilfe eines Schrägschnitts über die Fossa iliaca und die Lumbalgegend ausgeführt habe, das eine Mal wegen Sarkom, das andere Mal wegen Eiterbildung (Staphylococcus und Bacterium coli comm.), und nach Dissektionen an Leichen, habe ich eine Operation ausgedacht, durch welche man in einer Sitzung eine vollständige zusammenhängende Ausräumung der Leiste und längs der Vasa obturatoria und der Vasa iliaca bis zur Theilung der Aorta hinauf, wenn es nöthig sein sollte, ausführen kann. Diese Operation habe ich 1mal wegen Krebs und 1mal wegen Tuberkulose ausgeführt. Der Krebskranke war fast geheilt, als er 14 Tage nach der Operation an Kachexie starb. Er litt an einem Peniskrebs mit ungewöhnlich raschem Verlauf. Der andere Kranke hatte eine hochgradige Lymphdrüsentuberkulose, die von einem tuberkulösen Geschwür an der Planta pedis ausgegangen war. Seine Operationswunde heilte zum größten Theil per primam intentionem.

6) Man muss von einer solchen Operation fordern, dass sie nicht in der Zukunft Veranlassung zur Entstehung von Brüchen irgend welcher Form — weder Crural-, noch Inguinal- oder Ventralhernien — geben darf.

7) Operationstechnik.

Hautschnitt von der Symphyse aus längs dem Lig. Pouparti bis zur Spina ilei ant. sup. und danach längs des vorderen Drittels oder bis zur Mitte der Crista ossis ilei. Von diesem Querschnitt aus wird vor der Art. femoralis ein Längsschnitt nach unten gegen den Oberschenkel zu gelegt.

Die Leiste wird in der typischen Weise ausgeräumt, wobei auch die tiefen Drüsen zwischen den Vasa femoralia superfic. und den Vasa femoralia profunda entfernt werden.

Das Lig. Pouparti wird vom Tuberculum und Pecten ossis pubis, von der Fascia lata und der Fascia iliaca losgeschnitten. Die Vasa epigastrica inferiora und die Vasa circumflexa il. int. werden doppelt unterbunden und abgeschnitten. Einige Drüsen, die sich um die proximalen Theile dieser Gefäße herum zu finden pflegen, sucht man auf und exstirpirt sie. Die Bauchmuskeln werden dicht an der Crista ossis ilei dieser entlang in der Ausdehnung des Hautschnitts durchschnitten. Mit Leichtigkeit wird dann das Peritoneum von der Fossa iliaca und vom nächsten Theil des kleinen Beckens gelöst. Dem Peritoneum folgen das Vas deferens (Lig. rotundum), die Vasa spermatica, das Lig. vesico-umbilicale laterale vel A. umbilicalis und der Ureter.

Die Lymphdrüsen können nun im Zusammenhang im Annulus femoralis, um die Vasa iliaca ext. bis zur Theilung der Art. iliaca communis und um die Vasa obturatoria und hypogastrica herum exstirpirt werden. Findet man es für nöthig, die Operation weiter nach oben zu fortzusetzen, so wird der Haut- und Muskelschnitt längs der Crista oss. ilei nach Bedürfnis verlängert, wonach die Drüsenausräumung längs der Vasa iliaca comm. fortgesetzt werden kann.

Von den Vasa iliaca aus wird ein doppelt mit Gaze umgebenes Drainrohr nach dem hintersten Theil der Wunde geführt oder nach außen durch eine besondere, sehr geräumige Öffnung weiter nach hinten zu in der Lumbalgegend.

Von den Vasa obturatoria aus wird ein Drainrohr vor die Iliacalgefäße gelegt und durch den Hautschnitt unterhalb des Lig. Pouparti nach außen geführt. Das Lig. Pouparti wird äußerst sorgfältig an seinen alten Platz festgenäht. Die Bauchmuskeln werden an die Crista ossis ilei nur in so großer Ausdehnung nach hinten von der Spina ilei ant. sup. festgenäht, dass die übrig bleibende Öffnung um die Drainage herum sehr geräumig wird.

Durch die ausgeführte Operation wird also die Bauchwand nicht in anderer Weise beschädigt, als dass sie in ihrer Gesammtheit abgelöst und an ihren Knochen- und Fascienbefestigungen wieder angenäht wird. Kein motorischer Nerv wird beschädigt.

Dieselbe Schnittführung kann auch angewandt werden, wenn die Operation in 2 Sitzungen gemacht wird. Man lässt dann den Querschnitt an der Spina ilei ant. sup. schließen, tamponirt die

Wunde in der Leiste und räumt die Fossa iliaca und das kleine Becken nach ungefähr 8 Tagen aus.

Die hier vorgeschlagene Schnittführung darf nicht bei suppurirenden Lymphadeniten angewendet werden, weil man dabei nicht auf Festheilung des Lig. Pouparti per primam intentionem rechnen kann.

8) Indikationen.

Diese Operation ist indicirt:

a. bei Krebs oder Sarkom der Lymphdrüsen in der Leiste, unter der Voraussetzung, dass die primäre Geschwulst radikal exstirpirt werden kann, und dass keine anderen, nicht radikal operirbaren Drüsenmetastasen sich vorfinden;

b. bei hochgradiger Lymphdrüsentuberkulose in der Leiste und in der Fossa iliaca, wenn sich keine Kontraindikationen gegen eine große Operation vorfinden.

Bei der Operation wegen Tuberkulose werden nur die kranken Lymphdrüsen und die umgebenden Gewebe exstirpirt, die man als krank erkennt. Alles gesunde Bindegewebe und Fettgewebe um die Gefäße herum wird so viel als möglich gespart, um die Entstehung eines stellvertretenden kollateralen Lymphkreislaufs durch Erweiterung ganz kleiner Lymphgefäße und durch Zuwachs fast mikroskopischer Lymphdrüsen zu erleichtern. Dasselbe gilt natürlich in noch höherem Grad bei den Operationen wegen suppurirender Lymphadeniten.

---

1) **Soldan.** Über die Beziehungen der Pigmentmäler zur Neurofibromatose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIX. Hft. 2.)

Verf., welcher schon früher über die histogenetische Einheit der Neurome, Fibromata mollusca und der Elephantiasis congenita gearbeitet hat, prüfte auf Veranlassung von v. Bergmann an Präparaten der Klinik desselben die Beziehungen, welche zwischen jenen genannten Geschwülsten und den Pigmentnaevi bestehen. Mit specieller Rücksichtnahme auf die Arbeiten von v. Recklinghausen und Unna hat S. 4 Fälle genau untersucht und schildert an der Hand äußerst werthvoller mikroskopischer Präparate, deren prächtige kolorirte Zeichnungen beigegeben sind, eine Fülle von Thatsachen, aus denen er folgende Schlussfolgerungen zieht:

Die Naevi pigmentosi sind in der Mehrzahl der Fälle die ersten dem Auge wahrnehmbaren Stadien eines fibromatösen Processes des Bindegewebes der Hautnerven. Die Pigmentation ist wahrscheinlich eine Folge der Fibromatose des Nervenbindegewebes.

Die von Unna u. A. beschriebenen Naevuszellennester und Naevuszellenstränge sind weder Epitheliome noch Lymphangiofibrome, wie v. Recklinghausen behauptet, sondern Neurofibrome. Aus

diesem fibromatösen Process der Pigmentmäler entwickeln sich die als weiche Warzen, weiche Fibrome und Lappenelephantiasis beschriebenen Hautgeschwülste. Der fibromatöse Process bleibt nicht nur auf die Nerven der Haut beschränkt, sondern kann sich an beliebigen Stellen des peripheren Nervensystems äußern und so auch zur Bildung der sogenannten falschen Neurome und Rankenneurome führen. Die Formenverschiedenheit der Neurofibromatose ist durch Lokalisation, anatomische Verhältnisse und Wachsthumsenergie der Geschwulstelemente bedingt. Danach unterscheidet S. Neurofibrome der größeren Nervenstämme, welche noch ein deutliches Perineurium besitzen und als 2. größere Gruppe Neurofibrome der Nervenendausbreitungen nach Verlust des Perineuriums. Jede Gruppe hat wieder ihre Unterarten, welche einzeln aufgezählt sind.

Auf Grund der ganz besonders schönen und deutlichen Zeichnungen wird die Orientirung über die interessanten Studien des Verf. und ihren Inhalt außerordentlich erleichtert.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **Leredde.** Histo- und hämatologische Untersuchung eines Falles von Hallopeau'scher Dermatitis. Die Beziehungen dieser Krankheit zur Dermatitis herpetiformis Duhring und zum Pemphigus vegetans.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 8.)

Im ersten Theil seiner Arbeit bespricht Verf. die Histologie der Dermatitis herpetiformis und die Bedeutung der »Eosinophilie«, d. h. des reichlichen Vorkommens eosinophiler Zellen im Blut und in den Blasen für die Abgrenzung und Diagnose dieser Krankheit. Im zweiten Theil berichtet er über die Befunde bei der von Hallopeau beschriebenen »Dermatite pustuleuse et végétante en foyers à progressive excentrique« und kommt zu dem Resultat, dass diese Krankheit nur eine Abart der Dermatitis herpetiformis ist. Aus der Litteratur schließt L., dass auch der Pemphigus vegetans zu derselben Gruppe gehört. Er giebt zu, dass die Eosinophilie bei verschiedenen Krankheiten vorkommt, »aber bei keiner Form bildet sie ein regelmäßigeres Symptom, bei keiner spielt sie eine größere Rolle in den örtlichen Erscheinungen« als bei der oben genannten. Die Eosinophilie des Blutes ist für ihn die Ursache der Eosinophilie der Haut; die Dermatitis herpetiformis ist eine »Hämatodermatitis«.

Jadassohn (Bern).

---

3) **M. Menzel.** Zur Kenntnis des Schleimhautpemphigus.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. No. 4.)

Nach Beobachtungen an ausführlich besprochenen Krankheitsfällen und nach den Ergebnissen anderer Autoren stützt sich die Diagnose des chronischen Pemphigus der Schleimhäute dem Verf. zufolge: 1) auf die zu gewissen Zeiten sichtbaren, wasserhellen, un-

versehrten oder geplatzten Blasen, resp. auf das Vorhandensein von rein weißen oder verschiedenartig grau gefärbten, linsen- bis thalergroßen, fast immer unregelmäßig landkartenförmig, aber scharf begrenzten Exsudatmembranen auf stark geröthetem Grunde, oder endlich auf die Beobachtung der intensiv rothen, von ihrer Membran entblößten, scharf kontourirten Stellen. Die benachbarten Schleimhautpartien sind normal; der Verlauf ist fieberlos, chronisch, ohne schwere Allgemeinsymptome. Häufig sind die Augenbindehäute mit betheiligt, und an gegenüberliegenden Schleimhautstellen kommt es zu Verwachsungen. Die Therapie ist erfolglos, bezüglich der Prognose aber widerspricht Verf. der allgemeinen Annahme der Hautärzte', dass Schleimhautpemphigus an sich die Erkrankung zu einer bösartigen mache; er behauptet vielmehr, dass die Schleimhauterkrankung jahrelang ohne besondere Störungen, häufig sogar mit längeren Unterbrechungen der Eruptionen fortbestehen kann und erst bei Erkrankung der Haut eine ungünstige Prognose annimmt. Auf Schrötter's Beobachtung einer Dauerheilung des Pemphigus nach Überstehen der Pocken wurden in den Fällen M.'s Heilungsversuche mit der Vaccination gemacht, jedoch ohne Erfolg.

Teichmann (Berlin).

---

4) Stobwasser. Über die Lokalisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten. (Aus der dermatologischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a/M., Oberarzt Dr. Herxheimer.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 5.)

S. theilt 4 von Herxheimer beobachtete Fälle von Schleimhautlichen mit und zieht aus seinen Beobachtungen, die auf einem großen Material fußen, folgende Schlüsse:

I. Die Lokalisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten ist häufig und wohl in mehr als der Hälfte der Fälle nachweisbar, so dass sie bei der Stellung der Diagnose eventuell ausschlaggebend sein kann.

II. Die Schleimhautaffektion kann auftreten:

1) isolirt in seltenen Fällen,

2) primär (d. h. vor derjenigen auf der Haut);

3) gleichzeitig mit der Körpereruption oder nach derselben am häufigsten.

III. Die Analschleimhaut kann in ähnlicher Weise befallen werden wie die Mundschleimhaut.

IV. Die Rückbildung der Schleimhautaffektion erfolgt auch ohne besondere lokale Therapie, gewöhnlich mit Hinterlassung leukoplakischer Streifen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

5) **A. W. Nieuwenhuis.** Tinea imbricata (Manson).

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 2.)

Unter »Tinea imbricata« versteht man eine bei der einheimischen Bevölkerung des indischen Archipels vielfach vorkommende und sich von dort ausbreitende parasitäre Hautkrankheit, welche durch entzündliche Erscheinungen und durch starke eigenthümlich angeordnete Schuppenbildung charakterisirt ist. Verf. hat aus dieser Dermatomykose einen dem Trichophyton ähnlichen Pilz isolirt und mit diesem die Erkrankung erzeugen können. Über die Einzelheiten der Kulturen etc. muss das Original nachgelesen werden.

Jadassohn (Bern).

---

6) **B. G. A. Moynikan.** The anatomy and surgery of the peritoneal fossae.

Lecture II: The pericoecal folds and fossae: pericoecal hernia.

(Brit. med. journ. 1899. März 11.)

M. unterscheidet primäre und sekundäre Bauchfelltaschen in der Umgebung des Blinddarms. Die ersteren sind stets vorhanden und haben Beziehungen zum Verlauf der Gefäße. Die letzteren sind abhängig von der Art der Verbindung von Coecum und Colon ascendens mit der hinteren Bauchwand. Von rein anatomischem Interesse ist die Fossa ileocolica anterior und eine ebenfalls vorn liegende accessorische Tasche. Brüche sind bis jetzt in ihnen nicht beobachtet worden.

Hingegen beanspruchen die Fossa ileo-appendicularis, zwischen Ileo-appendicularfalte und Mesenterium des Wurmfortsatzes gelegen, die Fossa retrocolica, die Fossa iliaco-subfascialis (Biesiadecki) so wie die Fossa ileo-coecalis intima (Hartmann) praktisches Interesse, in so fern dieselben schon zu Einklemmungen und Darmobstruktion Veranlassung gegeben haben.

Lecture III: The intersigmoid fossa: intersigmoidhernia, hernia into the foramen of Winslow.

(Brit. med. journ. 1899. März 18.)

Die Fossa intersigmoidea wurde von M. in 70% der untersuchten Leichen gefunden. Ihr Vorkommen verringert sich im späteren Alter in Folge von Schrumpfungsprocessen im Mesocolon sigmoideum, es kommt zur Obliteration der Tasche, so dass sie jenseits des 50. Lebensjahrs nicht selten vermisst wird. Die Öffnung der Tasche liegt in der Ansatzlinie des Mesocolon nahe dem inneren Psoasrand über der Art. iliac. communis.

Es sind erst 2 zweifelhafte Fälle von Hernien dieser Bauchfelltasche beobachtet. — Von Hernien des Foramen Winslowi hat M. 8 Fälle gefunden. Die Bedingungen ihres Zustandekommens sind ein gemeinsames Mesenterium für den ganzen Darm, fehlende Vereinigung des Colon ascendens mit der hinteren Bauchwand, abnorme Größe des Foramen Winslowi, abnorme Länge des Mesenteriums

und in Folge dessen ungewöhnliche Beweglichkeit des Darms. Die Hauptsymptome epigastrischer Schmerz und rundlicher Tumor, der bei leichter Perkussion gedämpften, bei stärkerer Darmschall giebt.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

7) **Noack.** Peritoneale Verwachsungen nach schweren Bauchquetschungen als Ursache andauernder, schwerer Koliken und hochgradiger Stuhlverstopfung.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 5.)

Dass ein Stoß gegen den Leib zu ausgedehnten Verwachsungen der Därme unter einander und mit den Organen des Bauches führen kann, dafür liegen bisher nur 2 Beobachtungen, von Credé und Riedel, vor. Die Unfallgesetzgebung giebt dieser Sache ein erhöhtes Interesse. N. bringt 4 neue derartige Fälle, die sämmtlich von Credé operirt worden sind. Die Verwachsungen wurden gelöst, die Kranken z. Th. vollständig und definitiv (Kontrolle bis zu 10 Jahren) von ihren Beschwerden befreit, zum Theil ganz wesentlich gebessert. Sehr bemerkenswerth ist, dass in sämmtlichen Fällen ernstere Symptome erst nach Jahr und Tag auftraten, zuweilen zu einer Zeit, wo der Kranke gar nicht mehr daran dachte, dass sein Zustand im Zusammenhang mit dem Unfall stehen könnte. **Haeckel** (Stettin).

---

8) **A. Stieda.** Über die Eröffnung der Bauchhöhle vom kleinen Becken aus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 370.)

Nachdem beim Weib die Eröffnung der Bauchhöhle vom Scheidengewölbe zu einer häufigen typischen Operation geworden, liegt es nahe, auch beim Mann in geeigneten Fällen tiefliegender oder auch freier Peritonealexsudate analoge Eingriffswege zu erproben. S. macht hierüber kurze Allgemeinbetrachtungen, die verschiedenen sich bietenden Zugänge — zwischen Blase und Mastdarm, vom Cavum ischiorectale her, vom Kreuzbein her — erörternd, um dann 2 Fälle aus der v. Eiselsberg'schen Klinik zu berichten, in denen ganz bedeutende bis zum Nabel reichende abgesackte peritonitische eitrige Exsudate durch Eindringen zwischen Blase und Mastdarm vom Damm her abgelassen wurden mit Ausgang in Heilung. In beiden Fällen war vom Mastdarm her oberhalb des Afters die vordere Mastdarmwand durch eine elastische Resistenz herabgedrängt tastbar gewesen, im ersten Falle hatte die Krankheit vor 14 Tagen mit perityphlitischen Erscheinungen begonnen, der zweite war unter allmählich zunehmenden Leibschmerzen bis zur Zeit der Operation verlaufen. In Steinschnittlage wurden beide Mal ein leicht gebogener Querschnitt daumenbreit vor dem After gemacht, dann zwischen Sphincter ani ext. und Bulbus in die Tiefe bis zur vorderen Mastdarmwand vorgedrungen und diese unter Leitung zweier in den Mastdarm ge-

führter Assistentenfinger bis zur Vorwölbung freigelegt. Jetzt Eiteraspiration mit der Probepunktionsspritze, Incision, Eiterentleerung, Drainage etc. Im Fall 2 bildete sich eine Koth entleerende Mastdarmfistel, die sich spontan schloss.

Koch hat perityphlitische Abscesse des Douglas'schen Raums durch einen parasacralen Schnitt behandelt. Die v. Eiselsberg'sche Methode scheint aber weniger eingreifend und daher vorzuziehen.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **van Arsdale.** The treatment of the intestinal paralysis of peritonitis by enterostomy.

(Annals of surgery 1899. Januar.)

Verf. sieht es als gegeben an, dass die noch bis vor kurzer Zeit übliche Behandlung der Peritonitis mit Opiaten zu verlassen sei und empfiehlt für gewisse Fälle die Anlage eines künstlichen Afters, von der er selbst glückliche Erfolge gesehen hat. **Tietze** (Breslau).

---

10) **Dieulafoy.** La toxicité de l'appendicite.

(Presse méd. 1898. No. 92.)

Der um die Erkenntnis der Appendicitis hochverdiente Verf. entwickelt in der vorliegenden Arbeit seine Erfahrungen über die Vergiftung des Körpers bei Erkrankung des Wurmfortsatzes. Er unterscheidet dabei Intoxikation und Infektion. Letztere beruht auf metastatischer Verschleppung der Infektionserreger, meist nach der Leber, aber auch nach anderen Organen. Die Arbeit beschäftigt sich aber hauptsächlich mit der Intoxikation, mit der Vergiftung des Körpers durch die im geschlossenen Processus vermiformis — la cavité close appendiculaire — entstehenden Toxine. Er führt als Beispiel die Krankengeschichte eines jungen Mannes aus eigener Praxis und mehrere Fälle aus der Litteratur etc. an. Das häufigste Symptom solcher Vergiftung bildet ein leichterer Ikterus, ganz ähnlich dem septischen Ikterus. Bei dem durch Intoxikation entstandenen Ikterus ist die Gelbfärbung im Allgemeinen leicht; die chemische Harnanalyse ergiebt das Fehlen von Gallenpigment, aber die konstante Anwesenheit von Urobilin; daneben besteht meist Albuminurie. Auch die gelegentlich auftretenden Gehirnsymptome bei Intoxikation sind anderer Natur, als die nach »Infection à distance«; letztere treten langsamer auf und sind meist von vielfachen Herden in anderen Organen, Lunge, Leber, Parotis oder dgl. begleitet.

In einigen seiner Fälle waren als Urheber der Intoxikation im »geschlossenen Wurmfortsatz« Colibacillen und Streptokokken nachgewiesen, ohne dass der Wurmfortsatz selbst Ulceration, Gangrän oder Perforation zeigte.

Als einziges Mittel, Herr dieser Intoxikation zu werden, bezeichnet Verf. die rechtzeitige, nach den Regeln der Kunst ausgeführte

Entfernung des toxisch-infektiösen Herdes, welchen er ein »Laboratoire de toxines« nennt, und schließt mit den Worten: »Niemand darf an einer Appendicitis sterben!« **Tschmarke** (Magdeburg).

---

11) **Poirier.** Sur le traitement de l'appendicite aiguë.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 740.)

P. vertritt die extreme Ansicht, dass man die akute Epityphlitis unter allen Formen, bei jedem Grad der Erkrankung so rasch als möglich operativ behandeln müsse. Auch allgemeine Peritonitis mit dem Symptomenkomplex peritonealer Septhämie bilde keine Kontraindikation. Ein ganz akutes Auftreten allgemeiner Peritonitis gleich mit Beginn der Erkrankung erklärt P. für sehr selten; er hat es nie gesehen; vielmehr meint er, dass in Fällen, die einen solchen Anschein boten, nur die ersten Symptome der Krankheit übersehen wurden. Er theilt ausführlich einen einschlägigen, am 7. Tage der Erkrankung von ihm operirten Fall mit, in welchem Pat. am 3. Krankheitstage noch wie gewöhnlich gegessen und getrunken und eine 50 km lange Eisenbahnfahrt zurückgelegt hatte. Sein Pat. starb 7 Tage nach gut überstandener Operation an einer Verblutung aus der Vena circumflexa ilium. — P.'s Ansichten gipfeln in den Sätzen: »Der Chirurg heilt die akute Appendicitis immer, wenn er nur rechtzeitig gerufen wird«, und »man muss in allen Fällen akuter Appendicitis operiren, weil die Operation, ohne selbst gefährlich zu sein, fast immer nützlich sein wird und niemals wird schädlich sein können«. (?!! Ref.)

Der von P. benutzte Schnitt läuft parallel der äußeren Hälfte des Leistenbands und reicht bis 4 cm oberhalb der Spina iliaca anterior superior. Von diesem Schnitt aus dringt er zunächst wie zur Aufsuchung der Iliacalgefäße vor, sucht also den Wurmfortsatz von unten her auf. Man fühlt ihn sicher, wenn man mit 2 Fingern in die Wunde eingeht und mit der anderen Hand von außen her tastet.

Für gewöhnlich sucht W. den Wurmfortsatz vollständig zu reseciren. Eine Eröffnung der freien Peritonealhöhle hält er für bedeutungslos Dank dem Schutz der Tamponade. Handelt es sich bereits um eine nicht mehr lokale Peritonitis, so solle man sogleich auch in der linken Fossa iliaca incidiren und von hier aus die Bauchhöhle ausspülen, bis die Flüssigkeit klar abfließt, dann sie drainiren.

Reichel (Chemnitz).

---

12) **O. Lanz** (Bern). Anlässlich einer »kalten« Amputation des Wurmfortsatzes.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1899. No. 2.)

Verf. räth einen wegen Perityphlitis freigelegten Wurmfortsatz unter allen Umständen zu entfernen, auch wenn derselbe völlig normal erscheint. Er hat die Erfahrung gemacht, dass ein von außen ganz normal aussehender Wurmfortsatz im Innern schwere Veränderungen

aufweisen kann, welche für den Träger einen Anlass steter Lebensgefahr bilden. Er fand in einem äußerlich normalen Processus vermiformis eines Kindes zwei Strikturen, von denen die eine eine narbige Verdickung der ganzen Wand vorstellte.

P. Stolper (Breslau).

---

13) **A. Völkers.** Über die Hernien der Linea alba.

(Mittheilungen aus den hamburgischen Staatskrankenanstalten 1899.)

V. stellt die heutigen Anschauungen über die Brüche der Linea alba kurz zusammen. Dieselben können ihren Sitz ober- und unterhalb des Nabels haben, Herniae epigastricae resp. hypogastricae. Letztere sitzen meist dicht unter dem Nabel, während die ersteren, weitaus häufiger beobachteten eine Prädilektionsstelle unterhalb der Mitte der Strecke zwischen Nabel und Schwertfortsatz haben. Die Brüche sitzen nur selten genau median, meist wenig rechts oder links der Medianlinie.

Sie können kaum linsen- oder erbsengroß sein, in der Regel schwankt die Größe zwischen Haselnuss- bis Hühnereigröße. Als Inhalt fand sich ausnahmsweise der Magen, ferner Colon, häufiger Dünndarm, in den allermeisten Fällen jedoch Netz. In einer großen Zahl von Fällen, und zwar betrifft dies die kleinen und kleinsten Brüche, findet man keinen Bruchsack mit Inhalt, sondern stößt auf ein kleines Fett-Träubchen, welches durch einen Stiel mit dem parietalen Blatt des Peritoneum durch die spaltförmige Bruchpforte hindurch in Verbindung steht; schneidet man diesen Stiel an, so eröffnet man den Bauchraum, indem sich in der Mitte des Stiels das trichterförmig nach außen gezogene Peritoneum befindet. Das Fett-Träubchen ist ein Klümpchen subserösen Fetts, welches durch die Fascie vorgedrungen ist und das Bauchfell nach sich gezogen hat. Dasselbe kann sich nach Art der Lipome vergrößern. Der Bauchfelltrichter kann Eingeweide enthalten oder ganz leer sein. Bruchwasser ist fast nie vorhanden. Die größeren Brüche sind meist reponibel, die kleineren und kleinsten nicht.

Am häufigsten werden Erwachsene betroffen, die im Vollbesitz ihrer Kräfte sind und mitten in der Arbeit stehen, und zwar fast nur das männliche Geschlecht.

Ätiologisch kommen in Betracht angeborene Spalten der Linea alba, ferner angeborene Schwäche der Linea alba und erbliche Belastung, so wie rasche Abmagerung des Körpers, doch sind dies seltenere Fälle, zum Theil zweifelhafter Natur. Nach Cloquet-Roser kann das Hervorwachsen eines subserösen Lipoms durch die Maschen der Linea alba an die Außenseite der Bauchwand und dadurch bedingte Ausstülpung des Bauchfells eine weitere Ursache sein. Die allerhäufigste Ursache aber sind Traumen, und zwar entweder eine von außen wirkende stumpfe Gewalt oder eine plötzlich überstarke oder häufig wiederholte starke Anspannung der Bauchdecken, sei

es in Folge andauernder schwerer Arbeit oder in Folge von starkem Husten oder Erbrechen, das längere Zeit anhält.

Was die Symptome betrifft, so brauchen Beschwerden überhaupt nicht vorhanden zu sein, oder sie sind zuweilen unbestimmter Natur. Häufig werden Schmerzen in der Magengegend geklagt, die bis zu kolikartigen Anfällen sich steigern können.

Bei der Diagnose versäume man nicht, bei vornübergebeugtem Oberkörper zu untersuchen. Das Lennhoff'sche Symptom besteht darin, dass man den Finger auf die Stelle der Hernie legt und den Kranken kurze Hustenstöße ausführen lässt. Man hat dann eine ähnliche Empfindung wie beim Hydatidenschwirren.

Die rationelle Therapie besteht in der Operation.

19 Krankengeschichten von selbstbeobachteten Fällen bilden den Schluss. 16 Fälle wurden operirt und geheilt, bei 1 Falle trat nach 5 Monaten beschwerdefreies Recidiv ein. 3mal unterblieb die Operation aus anderweitigen Gründen. **F. Hansen** (Herborn).

---

14) **E. Sandelin.** Bidrag till de inguino-properitoneala bråckens kasuistik.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLI. p. 366.)

Der sowohl in theoretischer als praktischer Hinsicht sehr interessante Bruchform, welche Krönlein Hernia inguino-properitonealis nennt, hat Verf. mit Benutzung eines kasuistischen Materials von 8 in der Klinik zu Helsingfors 1890—98 operirten Fällen ein eingehendes Studium gewidmet. In 6 von Verf.s Fällen war der Bruch eingeklemmt, in den 2 anderen zeigte sich im Laufe der Operation wegen einer mit Hodenektopie komplicirten Hernia libera ein inguino-properitonealer Bruchsack. — Nach eingehender Beschreibung der anatomischen Befunde bei den genannten Brüchen stellt Verf. die Pathogenese derselben unter Debatte und fasst, seine eigene Kasuistik betreffend, seine Schlüsse folgendermaßen zusammen:

a. In 3 Fällen sind beide Theile des Brucksacks kongenital präformirt.

b. In 1 Falle ist die äußere Abtheilung kongenital, ob die innere angeboren oder erworben, ist zweifelhaft.

c. In 2 Fällen ist der innere Sack kongenital und der äußere wahrscheinlich eine Sinuosität (Ausstülpung) des ersteren.

d. In 2 Fällen ist der äußere Sack erworben, der innere aber aus mechanischen Ursachen hervorgegangen.

Vor der Operation ist es fast unmöglich, eine exakte Diagnose zu stellen; im Laufe derselben muss die genaue Orientirung über die in Frage kommenden Gewebsschichten den Chirurgen leiten. Noch mehr als bei anderen Brüchen gilt in diesen Fällen die Regel, dass der Operateur sich, ehe die Wunde geschlossen wird, von der freien Beweglichkeit der reponirten Eingeweide überzeugen muss.

Schließlich lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf die Nothwendigkeit, bei allen Fällen von Darmverschluss sich der inguino-properitonealen Brüche zu erinnern. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

---

15) **J. A. Romanin.** Über die Vortheile der lokalen Anästhesie in der chirurgischen Landpraxis. 45 Herniotomien nach Bassini.

(Wratsch 1899. No. 23.)

R. führte im Verlauf der letzten 9 Monate 45 Operationen nach Bassini unter lokaler Cocainanästhesie aus; er injicirte bis 20,0 einer 0,5%igen Lösung, was fast immer gut vertragen wurde; nur einmal sah er Erbrechen bei der Operation und Schläfrigkeit nachher (nach 0,02 Cocain). — 40mal erfolgte prima intentio, 2mal oberflächliche, 3mal tiefe Nahteiterung. — Die lokale Anästhesie macht die Narkose und 1—2 Assistenten überflüssig und ist daher für die Landpraxis sehr zu empfehlen. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

16) **H. Schloffer.** Über Ileus bei Hysterie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 2.)

Anschließend an die bisherige Kasuistik berichtet S. über 3 Fälle von hysterischem Ileus. Dieselben haben das Gemeinsame, dass bei jüngeren weiblichen, an hysterischen Erscheinungen leidenden Personen Stuhlverhaltung und Kotherbrechen — einmal Erbrechen größerer Mengen geballten Kothes — auftrat. Sie wurden laparotomirt, statt des erweiterten Hindernisses fanden sich aber nur an einer, resp. mehreren Dünndarmstellen starke Kontrakturen, nirgends ein mechanisches Hindernis. Im ersten der mitgetheilten Fälle bestand oberhalb der Kontraktur eine Ausdehnung des Darms auf etwa das Dreifache, in den beiden anderen waren beträchtlichere Erweiterungen nicht zu konstatiren. Jeweils traten in den nächsten Tagen nach der Operation normale Stuhlverhältnisse ein, obwohl sich der Eingriff auf eine reine Probelaparotomie beschränkt hatte. Mit Rücksicht auf den Symptomenkomplex, insbesondere des 2. der mitgetheilten Fälle: mehrfache Darmkontrakturen, Fehlen einer Erweiterung des Darms oberhalb derselben oder einer abnormen Kommunikation, Erbrechen geballter Kothstücke, schließt Verf., dass wenigstens bei gewissen Formen des hysterischen Ileus antiperistaltische, auf abnormen Innervationsvorgängen beruhende Darmbewegungen zu Grunde liegen; für andere Fälle, so den ersten der eigenen Kasuistik, hält er das Bestehen eines reinen spastischen Ileus für wahrscheinlicher, in dritter Linie endlich rechnet er mit der Möglichkeit, dass auch einmal auf Grund eines verminderten Tonus der Darmmuskulatur, vielleicht durch Vermittlung einer Koprostase, Ileus im Verlauf der Hysterie eintritt. **Honsell** (Tübingen).

---

17) **T. Hiller.** Über Darmlipome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 2.)

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle musste wegen akut aufgetretener Invagination ein gangränöses, 40 cm langes Dünndarmstück resecirt werden. Die schon intra op. konstatirte Peritonitis führte am folgenden Tage den Tod herbei. Als Ursache der Invagination fand sich in der Wandung der zuführenden Schlinge eine walnussgroße, breitbasige Geschwulst, die von der Submucosa ausgegangen war und gegen die Darmlichtung vorsprang. Histologische Diagnose: Lipom.

Aus der Litteratur konnte Verf. im Ganzen 22 einschlägige Fälle zusammenstellen, von denen die Mehrzahl ihren Sitz im Dickdarm hatte. Nach ihren Beziehungen zu der Darmwand lassen sich die Lipome in äußere (subseröse) und innere (meist submuköse) eintheilen. Die letzteren sind nicht nur häufiger, sondern auch klinisch weit wichtiger. Sie sitzen der Darmwand bald breitbasig, bald gestielt auf, zeigen keinerlei Neigung zu Bösartigkeit, können aber zu Verstopfung des Darmlumens, in anderer Form zu Vorfall des Mastdarms bezw. Invagination (9 Beobachtungen) führen. Bei gestielten Formen des Dickdarms ist häufig eine Art Naturheilung beobachtet worden, derart, dass der Stiel allmählich durchriss, und die Geschwulst durch den After ausgestoßen wurde; aber auch hiervon abgesehen bieten die Dickdarmlipome im Ganzen eine bessere Prognose als jene des Dünndarms, die eine sehr bedrohliche und meist lebensgefährliche Erkrankung bedeuten.

Honsell (Tübingen).

---

18) **Kausch.** Über funktionelle Ergebnisse nach Operationen am Magen bei gutartigen Erkrankungen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 3.)

In einer ausführlichen Arbeit unterzieht K. die wegen gutartiger Magenaffektionen in der Mikulicz'schen Klinik Operirten einer sorgfältigen Untersuchung in Bezug auf die funktionellen Verhältnisse nach der Operation. Von 34 Fällen liegen genaue Magenuntersuchungen vor; unter diesen war 20mal die Pyloroplastik, 11mal die Gastroenterostomie, je einmal Pylorusresektion, Myotomie des Pylorus, Gastroduodenostomie gemacht worden.

Es fand sich, dass die Motilität nach Gastroenterostomie schnell normal wird oder eben so häufig unter die Norm sinkt. Nach Pyloroplastik kehrt sie langsamer zur Norm zurück, sinkt aber seltener unter dieselbe.

Die gesteigerten Aciditätswerthe sinken nach Gastroenterostomie schnell zur Norm oder meist unter dieselbe, so dass der Magensaft häufig ohne freie Salzsäure, selten alkalisch ist. Nach Pyloroplastik sinken die Werthe langsam zur Norm, selten unter dieselbe.

Im Laufe der Zeit scheint sich nach Gastroenterostomie die motorische und sekretorische Funktion, wo sie durch die Operation

unter die Norm herabgesunken war, zuweilen wieder zur Norm zu heben.

Nach Gastroenterostomie finden sich in allen Fällen geringe Mengen von Galle im Magen, ohne dass in der Regel dadurch Beschwerden verursacht werden. Nach Pyloroplastik findet sich häufiger als normal, im Ganzen jedoch selten etwas Galle im Magen.

Nach beiden Operationen scheinen die Magengeschwüre, auch wenn an ihnen bei der Operation nicht gerührt wurde, schnell zur Ausheilung zu kommen.

Zum Schluss wägt K. ab, welcher Operation: Pyloroplastik oder Gastroenterostomie man bei gutartigen Affektionen des Magens den Vorzug geben solle. Gegenüber der zunehmenden Unpopularität der Pyloroplastik bei den meisten Chirurgen erklärt K. sie für die idealere Operation, die in erster Linie in Frage kommt. Die Gastroenterostomie wird in der Breslauer Klinik nur gemacht bei fixirtem oder geknicktem Pylorus; ferner, wenn letzterer durch Geschwür, Narbe oder Infiltration so beschaffen ist, dass die Zuverlässigkeit der Naht zweifelhaft erscheint; endlich zur Beseitigung von Motilitätsstörung, falls am Pylorus keine Erklärung für dieselbe zu finden ist. Es wird stets die ursprüngliche Wölfler'sche Gastroenterostomia anterior antecolica gemacht; der Murphyknopf wird dazu nicht benutzt.

Haeckel (Stettin).

---

19) **Lucke.** Die verschiedenen Arten der Gastroenteroanastomose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 20.)

Kausch hat nachgewiesen, dass in allen von ihm untersuchten Fällen von Gastroenteroanastomose der Breslauer Klinik Galle im Magen zu finden sei. Damit ist nach L. nicht zweifelhaft, dass auch Pankreassaft im Magen war. Wenn auch behauptet wird, dass Beschwerden dadurch nur selten verursacht wurden, so ist dieser Befund, da normalerweise nicht vorkommend, nicht als ideal zu bezeichnen, abgesehen davon, dass nach L.'s Ansicht genügend lange Beobachtungen, die die gänzliche Gleichgültigkeit dieses Zustands in jeder Beziehung beweisen, kaum vorliegen dürften.

L. durchspricht nun die verschiedenen Methoden der Gastoenterostomie der einzelnen Autoren, wie weit sie diesem Zustand Rechnung tragen, und findet als die rationellste in dieser Beziehung die von Doyen, der bei Kombination der Gastroenteroanastomose mit seitlicher Darmanastomose den zuführenden Schenkel oberhalb letzterer durchtrennt und die Enden blind vernäht. Immerhin müssen dabei Galle und Pankreassaft, durch die Peristaltik der zuführenden Schlinge in der Richtung magenwärts in Bewegung gesetzt, plötzlich auf den entgegengesetzt strömenden Mageninhalt stoßen, und L. bezeichnet es als sehr wohl möglich, zumal bei myasthenischem Magen, dass es zu einer Erschwerung der Magenentleerung käme, und auf der an-

deren Seite wiederum könnte Mageninhalt durch die seitliche Darmfistel in die zuführende Schlinge gelangen.

Beides lässt sich vermeiden, wenn man, wie L. vorschlägt, die seitliche Darmanastomose an den im Sinne gleichgerichteter Peristaltik gelagerten Darmschlingen anbringt. Mehrere schematische Figuren dienen zur Orientirung. Zur Sicherheit empfiehlt L. dann noch nach dem Vorgang Doyen's die Durchschneidung des zuführenden Jejunumabschnitts mit blinder Vernähung der Enden resp. die Resektion des betreffenden Theils. Für die Fälle, in denen sich die hintere Magenwand zugänglich machen lässt, und die Ausschaltung resp. Resektion des zuführenden Jejunumendes beabsichtigt ist, bevorzugt Verf. die Gastroenterostomia posterior antecolica, sonst die anterior retrocolica. Bei ersterer muss die Darmanastomose mindestens 20 cm unterhalb der Magen-Darmfistel liegen; auch ist darauf zu achten, dass die zuführende Schlinge bis zur seitlichen Darmanastomose ein Stück mit der abführenden parallel (beckenwärts) verläuft, und man thut gut, beide auf etwa 4 cm oberhalb der Anastomose durch Naht an einander zu fixiren. Bei der Gastroenterostomia antecolica anterior ist auf Ausschaltung oder Resektion der zuführenden Schlinge zu verzichten.

Das Verfahren, welches anscheinend am Menschen noch nicht erprobt wurde, ist da, wo viel auf die möglichst schnelle Beendigung der Operation ankommt, die chemische Magenfunktion keine Rolle spielt, sondern es sich nur um die Verbesserung der motorischen handelt (z. B. bei Pyloruscarcinomen), nicht am Platze. »Bei allen übrigen Fällen, wo sich die hintere Magenwand zugänglich machen lässt, und der Zustand des Pat. es erlaubt, ist die Gastroenterostomia retrocolica posterior mit seitlicher Darmanastomose im Sinne gleichgerichteter Peristaltik und Ausschaltung resp. Resektion der zuführenden Schlinge das beste Verfahren; derartige Behandlung der zuführenden Schlinge ist zumal womöglich dann nicht zu unterlassen, wenn der Pylorus nicht bedeutend verengt und wenn der Magen stark atonisch ist. So wird man gute funktionelle Dauerresultate erzielen, und das ist um so mehr nöthig, je weiter das Indikationsgebiet ausgedehnt wird.« **Hübener** (Dresden).

---

20) Quénu. De l'exstirpation des cancers du rectum par la voie abdomino-périnéale.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 706.)

Q. unterschied früher die Mastdarmcarcinome je nach ihrem Sitz in tief, mittel und hoch gelegene und rieth für die Exstirpation der 1. Gruppe den peritonealen, für die 3. den abdominoperinealen Weg und für die mittlere die Kraske'sche Operation. Auf letztere, resp. den sacralen Weg, will er jetzt ganz verzichten. Man könne vom Damm aus leicht den Mastdarm bis auf eine Länge von 15—16 cm reseciren. Um möglichst fern vom Kranken die Durchtrennung des

Darms vorzunehmen, durchschneidet ihn Q. mindestens 6—7 cm oberhalb der Neubildung. Für die Exstirpation vom Damm aus hält er daher nur die Mastdarmcarcinome geeignet, deren obere Grenze nicht höher als 8—10 cm oberhalb des Afters liegt; für alle anderen räth er den abdominoperinealen Weg. Allerdings behalte der Operirte dann dauernd einen iliacalen künstlichen After; dafür seien aber die Aussichten einer wirklich radikalen Entfernung alles Kranken günstiger. Der Eingriff selbst sei bei der Operation vom Bauch und Damm aus allerdings größer; aber diese Schwierigkeiten seien durch vervollkommnete Operationstechnik nahezu überwunden; der Verlauf nach der Operation sei bei seinen Pat. ein sehr ermuthigender gewesen.

Die Technik hat zwei wesentliche Bedingungen zu erfüllen, einmal Asepsis während und nach der Operation, zweitens Blutsparung; um diese zu erreichen, empfehle sich sehr die Ligatur beider Arteriae iliacae internae.

Q. geht in folgender Weise vor: Bauchschnitt in der Medianlinie bei Beckenhochlagerung; Bloßlegung und Unterbindung der rechten Arteria iliaca interna 1 cm unterhalb der Bifurkation der Arteria iliaca communis. Eine gewisse Vorsicht erfordert die Schonung des Harnleiters; sie gelingt leicht, wenn man das Bauchfell etwas nach innen von den großen Gefäßen durchschneidet und die Pulsation der Arterie deutlich abtastet. Darauf Unterbindung der linken Arteria iliaca interna; man schafft sich den Zugang zu ihr entweder, indem man durch das bedeckende Mesocolon der Flexura sigmoidea ein Loch macht und dann das Peritoneum parietale einschneidet, oder indem man die Flexur bei langem Mesocolon nach oben zurückschlägt und dann direkt auf die großen Gefäße eindringt. Im Niveau der Bifurkation der Iliaca fühlt man und entfernt eventuell geschwollene Lymphdrüsen. Sodann folgt Durchtrennung der Flexur zwischen 2 starken Seidenligaturen, nachdem man vorher das Operationsterrain durch Gazekompressen vor jeder Beschmutzung geschützt hat; Abwischen und Desinfektion der Schnitte, Einhüllen beider Darmenden in Jodoformgaze. Das obere Ende wird sogleich durch eine Incision der Bauchwand oberhalb der linken Leiste durchgesteckt und durch einige Nähte fixirt. Die die Lichtung verschließende Ligatur lässt Q. meist bis zum 3. Tag liegen. — Nun durchschneidet er das Mesorectum zu beiden Seiten, lässt das untere Darmende gegen das Schambein hin anziehen, um es zu spannen und unterbindet den die Hämorrhoidalgefäße enthaltenden Strang, den der Finger vom Promontorium aus nach abwärts ziehen fühlt. Der Mastdarm wird stumpf vom Kreuzbein so weit als möglich nach unten abgelöst und das Cavum recto-vesicale resp. recto-uterinum, wenn möglich, alsbald incidirt. Jetzt wird der Mastdarm mit Gaze umhüllt, die Bauchwunde vernäht und schließlich die Auslösung des Darms vom Damm aus vollendet. Tamponade der Wundhöhle und theilweise Naht der Hautwunde.

Q. rühmt dem Verfahren die Sicherheit der Asepsis, möglichst radikale Entfernung alles carcinomatösen Gewebes, also möglichste Garantie für Dauerheilung, und eine auffallend rasche Erholung der Pat. **nach** der Operation, das Fehlen aller Chokerscheinungen, nach.

Reichel (Chemnitz).

---

21) **Riedel.** Zur Debatte über die Gallensteinfrage in Düsseldorf, nebst Bemerkungen über die schleichende Infektion des Gallengangsystems nach Abgang von Steinen per vias naturales.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 4.)

22) **Naunyn.** Schlusswort zur gleichen Diskussion.

(Ibid.)

R. giebt in sehr erweiterter Form seinen auf der Düsseldorfer Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrag wieder unter Hinzufügung einer Erörterung über Infektion des Gallensystems.

R. ist der Ansicht, dass die das Wesen des Gallensteinkolikanfalls bildende Cholecystitis meist nicht infektiöser Natur sei, da sich dabei in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Schleim oder Serum ohne Mikroorganismen in der Gallenblase finden. Es sei vielmehr eine aseptische Entzündung um einen Fremdkörper, für die er jetzt den Namen Perixenitis statt des früher von ihm gebrauchten der Perialienitis vorschlägt. Er erörtert sodann den von ihm aufgestellten Begriff des entzündlichen oder begleitenden Ikterus im Gegensatz zum reell lithogenen Ikterus und führt neue charakteristische Beispiele dafür an.

Ausführlich bespricht er sodann die schleichende Infektion der Gallengänge, welche die Prognose der Operationen aufs schwerste trübt. Die Infektion kommt dadurch zu Stande, dass beim Abgang von Steinen auf natürlichem Wege durch längeres Offenbleiben der Papilla duodeni vom Darm aus Mikroorganismen in die Gallengänge hinaufgelangen. Das Unheimliche dieser Infektion liegt darin, dass man sie klinisch kaum diagnosticiren, ja bei der Operation selbst nicht erkennen kann; erst der unglückliche Ausgang der Operation stellt die Sache klar. Je tiefer die Steine in die Gänge gerathen, je weiter sie sich von der Gallenblase entfernen, desto mehr wächst die Gefahr der Infektion, eine ernste Mahnung, die Steine operativ zu entfernen, so lange sie noch in der Gallenblase sich finden, d. h. so lange noch kein Ikterus besteht.

Zum Schluss präcisirt R. noch einmal seine Ansichten über die Frage, wann man beim Gallensteinleiden operiren soll.

Im Anschluss daran giebt N. seine von den Riedel'schen in manchen Punkten abweichenden Ansichten. N. hält die Cholecystitis für infektiös, d. h. durch Mikroorganismen bedingt; der Beweis, dass eine frische Cholecystitis calculosa aseptisch sei, sei nicht erbracht. In einem Punkt geht N. sogar weiter als Riedel, indem

er auch die chronisch-recidivirende Cholelithiasis mit wiederholtem Abgang kleiner Steine der Operation zuweist. N. ist ferner über die Erfolge der Operation abweichender Ansicht. Oft bleiben Beschwerden zurück, Recidive der Steine kommen vor. Endlich betont er nachdrücklich, dass nicht nur die Heilung des Gallensteinleidens die Aufgabe der Therapie darstelle, sondern es sei sehr dankenswerth, das Leiden in einen Zustand von Latenz zurückzuführen, in dem selbst große Steine ohne Beschwerden ertragen werden.

Haeckel (Stettin).

---

23) **J. P. Shebrow.** Katarrh der Gallenblase bei Unterleibstyphus.

Diss., St. Petersburg, 1899. (Russisch.)

Bakteriologische Untersuchung des Inhalts und histopathologische der Wand der Gallenblase in 27 Fällen. S. unterscheidet 3 Gruppen: in 10 Fällen war hauptsächlich die Schleimhaut afficirt, 9mal waren tiefere Schichten befallen; 6mal handelte es sich um sehr schwere Fälle. 2 Fälle wiesen nur lokale Proliferation des Epithels auf. Resultate: Bei Abdominaltyphus enthält die Galle in der Mehrzahl der Fälle Reinkulturen des Eberth'schen Bacillus, am häufigsten im Beginn des Typhus. Die Bacillen verursachen Entzündung der Blasenwand bis zur Eiterung und Geschwürsbildung. Leichte Fälle können zurückgehen, in schweren kommt es zu Verdickung der Wände. Geräth der Bacillus nach Genesung des Pat. aus der Blase in den Darm, so kann er Typhusrecidiv verursachen; bleibt er in der Blase, kann er Verschlimmerungen lokal hervorrufen (Gallenkoliken).

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

24) **W. van Hook.** Air-distention in operations upon the biliary-passages.

(Annals of surgery 1898. Februar.)

Verf. macht auf die großen Schwierigkeiten aufmerksam, welche allein das Auffinden des Ductus choledochus bereiten kann, und zwar vornehmlich in einem Gewebe, welches narbig verzogen, geschrumpft und verändert ist. Er hat sich in einem solchen Falle mit großem Erfolg der Luftaufblähung des gemeinsamen Gallengangs bedient, indem er eine Kanüle in das von der Gallenblase erreichbare Ende eingestoßen und nun in den Gang Luft mit einer Spritze eingepumpt hat. Der sich prall anfüllende Gang war danach gut zu fühlen, und die Extraktion des Steins konnte leicht vollzogen werden. Verf. räth, dieses Verfahren zur typischen Methode auszubilden und hat dafür eine Art kleiner Luftpumpe konstruirt.

Tietze (Breslau).

---

25) **Quénu.** De la cholédochotomie sans sutures.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 638.)

Zur Unterstützung seines bereits früher gemachten Vorschlags, nach der Choledochotomie bei bestehender Gallenretention die Wunde im Choledochus nicht zu vernähen, sondern der Galle durch Drainage des Gallengangs freien Abfluss zu schaffen, berichtet Q. über 2 weitere, von ihm erfolgreich in dieser Weise operirte Fälle. In beiden handelte es ich um schwer kranke, seit Langem leidende Frauen; in beiden war die Gallenblase überhaupt nicht zu finden, die Operation durch peritonitische Verwachsungen sehr erschwert. Durch narbige Retraktion der Verwachsungen und des kleinen Netzes waren die kleine Curvatur des Magens und die erste Duodenalschlinge nach der queren Leberfurche hin verzogen, das Auffinden und Bloßlegen des Choledochus in Folge dessen sehr mühsam (den gleichen Befund hat Q. wiederholt in Fällen von Choledochussteinen erheben können). Q. beschränkt sich darauf, nach Entfernung des Steins in den Choledochus ein Drainrohr einzuführen, die Umgebung durch einige Peritonealnähte von der großen Bauchhöhle abzusondern und die Höhle rings um das Drainrohr mit Jodoformgaze zu tamponiren. Obwohl durch den Drain reichlich Galle abfloss, blieb der Urin doch noch in beiden Fällen 12—14 Tage lang gallenfarbstoffhaltig. Q. sieht die Ursache hiervon in Verstopfung zahlreicher kleinerer Gallenwege durch Schleimmassen, die allmählich weggeschwemmt werden, und um so leichter und sicherer, je freier der Gallenabfluss aus dem Hauptgallengang wird. Die Entfernung der Steine aus letzterem sei hierfür ungenügend; das beste sei daher seine Drainage.

Auch Routier näht nach der Choledochotomie den eröffneten Gang nicht. Er weist darauf hin, dass das von Courvoisier angegebene und für viele Fälle zutreffende Zeichen, — dass die Gallenblase bei Choledochussteinen meist ganz klein, atrophisch sei, dass eine volle, gedehnte Gallenblase vielmehr ein Carcinom des Pankreaskopfes wahrscheinlich mache —, doch nicht immer zuträfe, daher zu Irrthümern veranlassen könne. Er selbst fühlte sich in einem Falle durch das Vollsein der Gallenblase veranlasst, eine in der Tiefe fühlbare, durch Verwachsungen verdeckte Geschwulst für ein Carcinom anzusprechen und desshalb von weiterem Vorgehen abzustehen; die Autopsie zeigte, dass es sich doch nur um 2 Steine des Choledochus gehandelt hatte. **Reichel** (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

26) **Riecke.** Zur Kasuistik der Gangraena cutis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 14.)

Mittheilung dreier Fälle von arteficieller Gangrän der Haut bei hysterischen Personen. Der eine Fall ist in so fern bemerkenswerth, als hier die nur ober-

flächlichen Nekrosen durch Einreiben von Kochsalzkrystallen in die durch eine Nadel vorher gereizte Haut zu Stande kamen. Die Möglichkeit bewies Verf. durch Nachprüfen der Procedur am eigenen Körper. **Hübener** (Dresden).

27) **F. Luithlen.** Dermatitis exfoliativa Ritter.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 3.)

Der Verf. hatte Gelegenheit, 2 Fälle der sog. Ritter'schen Krankheit histologisch zu untersuchen. Er fand »eine mit Hyperämie und Exsudation einhergehende Entzündung des papillären und subpapillären Gewebes, wobei das tiefe Corium in geringerem Maße betheiligt ist«; weiterhin gesteigerte Proliferation des Rete und Abstoßung der nur zum Theil verhornten obersten Schichten; die leichtere Vulnerabilität der entzündeten Haut führt an mechanischen Läsionen ausgesetzten Stellen zu tieferen, blutenden Substanzverlusten, während die Rhagaden speciell um den Mund wohl nur die Epidermisauflagerungen betreffen. Der Verf. ist geneigt, die Erkrankung als ein »toxisches Erythem« aufzufassen, dessen Eigenthümlichkeiten durch die Beschaffenheit der Haut Neugeborener am Ende der ersten Lebenswoche zu erklären ist. L. begründet die Differentialdiagnose gegenüber Erythem, physiologischer Exfoliation, Erysipel, Ekzem, Scarlatina und Pemphigus. Die polemischen Bemerkungen gegenüber Winternitz und dessen Replik eignen sich nicht zum Referat. **Jadassohn** (Bern).

28) **Bernstein** (Kassel). Ein Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus neonatorum acutus.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII, No. 1.)

Verf. veröffentlicht einen Fall von typischem Pemphigus neonat., welcher günstig verlief, und im Anschluss an den 3 Geschwister des Kindes und die Mutter ebenfalls an wenn auch größtentheils nur vereinzelten Pemphigusefflorescenzen erkrankten. Auch diese Fälle kamen zur Abheilung. Eine Impfung auf den Arm Verf.s ergab ein negatives Resultat. Trotzdem ist derselbe mit Recht von der Übertragungsfähigkeit dieser Krankheit überzeugt. Ist, wofür manche in der neuen Litteratur niedergelegte Erfahrung und auch einzelne Fälle des Ref. sprechen, der Pemphigus neonat. durch eine Infektion mit Staphylokokken bedingt, so ist es ganz natürlich, dass in der Umgebung der kranken Kinder Pyodermien in der Form von oberflächlichen Blasen leicht zu Stande kommen können. **Jadassohn** (Bern).

29) **V. Allgeyer.** Histologische Untersuchungen bei einem eigenartigen Fall von Dermatitis herpetiformis mit Horncystenbildung.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 3.)

Der Fall, von dem das Material zu der vorliegenden Untersuchung entnommen wurde, ist schon früher (Dermatologische Zeitschrift 1897 Hft. 5) veröffentlicht worden. Er war klinisch dadurch ausgezeichnet, dass die Blaseneruptionen an bestimmten Hautstellen recidivirten, und dass diese Stellen dauernd verändert blieben, indem eine feine Fältelung der Epidermis, eine zarte Rosafärbung mit leichter Abschilferung, Pigmentirung und depigmentirte Narbenbildung, vor Allem aber milienähnliche Gebilde vorhanden waren. Die letzteren finden sich bekanntlich nach verschiedenen blasenbildenden Hautkrankheiten. Die histologische Untersuchung ergab, dass die Bläschen sich sowohl zwischen den Schichten des Rete Malpighi, als auch subcorneal, als auch zwischen Epithel und Cutis bildeten — je nach der Stärke der Transsudation —, dass Veränderungen des elastischen Gewebes fehlen, und dass die milienartigen Gebilde sowohl von den Schweißdrüsenausführungsgängen, als von den Haarbälgen ausgingen. **Jadassohn** (Bern).

30) **Tommasoli.** Über einen Fall von Impetigo herpetiformis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 2.)

Von der im Ganzen noch sehr wenig bekannten Impetigo herpetiformis beschreibt Verf. einen Fall — nach seiner Zusammenstellung den 6. beim Manne —,

bei welchem eine vollständige Heilung eingetreten ist, ohne dass, wie ich glaube, mit Bestimmtheit anzugeben war, dass eine der vom Verf. gewählten therapeutischen Methoden einen Einfluss auf die Krankheit gehabt hat. Das Allgemeinbefinden des sehr schwächlichen und dem Alkohol ergebenen Pat. war ein sehr schlechtes. Speciell die Harnanalysen haben T. in seiner Auffassung bestärkt, dass es sich bei dieser Erkrankung um eine »eigenthümliche und mysteriöse Form der Intoxikation handelt, die aus dem Magen-Darmkanal und theils, und zwar im höheren Grade, aus dem gesammten Organismus totius substantiae herrühren«. Kulturversuche aus frischen Pusteln und aus dem Blut blieben resultatlos.

Jadassohn (Bern).

31) **V. Mibelli.** Über einen Fall von Porokeratosis mit Lokalisation im Mund und an der Glans.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVII. Hft. 1 u. 2.)

Unter dem Namen »Porokeratosis« ist von M. eine sehr eigenartige, durch eine Hyperkeratose in ringförmigen Plaques charakterisirte, außerordentlich chronische Krankheit beschrieben worden, von welcher jetzt etwa 20 Fälle bekannt sind. Die vorliegende Arbeit giebt die sehr ausführliche Krankengeschichte eines neuen charakteristischen Falles. Auch bei dieser Hyperkeratose spielt (so auch bei der vorliegenden Beobachtung) die Heredität eine hervorragende Rolle. Der Pat. M.'s war ein 68jähriger Greis, der die Krankheit seit etwa 40 Jahren hatte. Bei ihm war auch die Schleimhaut des Mundes und die Glans und das Präputium ergriffen. Die Arbeit beschäftigt sich eingehend mit den histologischen Eigenthümlichkeiten der Krankheit; darüber muss das Original nachgelesen werden. 6 Tafeln illustriren das klinische und histologische Bild. **Jadassohn** (Bern).

32) **M. A. Tschlenow.** Zur Lehre vom Lupus vulgaris und dessen Behandlung durch subkutane Kalomelinjektionen.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. Juni.)

Zwei Fälle, Männer von 59 resp. 40 Jahren, seit ihrer Kindheit krank. Das Leiden ähnelte etwas den genuinen tuberkulösen Hautgeschwüren, konnte aber gut als Lupus vulgaris erkannt werden. 7 resp. 13 Injektionen von je 0,05 Kalomel, verbunden mit Auskratzen der Geschwüre und (im 2. Falle) Kompressen von 10%iger Lösung von Phenol in Glycerin, genügten zur Vernarbung der Geschwüre. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

33) **W. Mintz.** Das wahre Adenom des Nabels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 545.)

In der Haut einer seit 10 Jahren bestehenden Nabelhernie bei einer 42jährigen Kranken (Pat. des Moskauer Alt-Katharinenspitals — N. A. Sokoloff) bildete sich eine dunkelblaue, haselnussgroße Geschwulst, an deren Oberfläche 2 Blasen sichtbar wurden. Exstirpation der Geschwulst und Bruchoperation. Nach 5 Jahren ist sowohl der Bruch als auch die Geschwulst recidivirt, letztere in Gestalt von 2 haselnussgroßen, harten Knoten. Wiederholung der Operation, deren Geschwulstpräparat vom Verf. mikroskopisch bearbeitet ist.

Die Geschwulst enthält neben Bindegewebe, das stellenweise narbig und sarkomatös entartet ist, Drüsenschläuche, die mit Cylinderepithel besetzt sind. Ein Theil dieser Schläuche ist cystös erweitert und enthält zu Detritus degenerirte Epithelien gemischt mit Blutpigment. Verf. sieht in diesen adenomatös herangewachsenen Drüsenschläuchen geschwulstig gewucherte Reste von erhalten gebliebenen embryonalen Darmdrüsen des Ductus omphalo-mesentericus.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) **H. Braun.** Über ausgedehnte Blutextravasate am Kopf, Hals, Nacken und linken Arm, in Folge von Kompression des Unterleibs.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 599.)

Angeregt durch die Mittheilung von Perthes über ausgedehnte Blutextravasate am Kopf in Folge von Kompression des Brustkorbs (cf. dieses Blatt 1899

p. 686) berichtet B. eine vor langer Zeit von ihm gemachte, ganz gleichartige Beobachtung, wo aber der Druck sicher nicht auf den Brustkorb, sondern auf den Bauch gewirkt hat. Auch B. führt die Erscheinungen auf den Rückstoß des Bluts in den großen Venenstämmen zurück und citirt auch noch 2 weitere hergehörige Fälle von Hüter und Vogt, wo ebenfalls der Druck auf den Bauch gewirkt hat. B. meint, dass diese Cirkulationsstörungen bei Druckwirkungen auf den leicht kompressiblen Bauch viel leichter verständlich erscheinen, als wo der doch ungleich starrere Brustkorb geklemmt wurde, und spricht den Zweifel aus, ob nicht auch in den Perthes'schen Fällen nicht sowohl die Brust-, als eine wahrscheinlich gleichzeitig muthmaßbare Bauchkompression die Ursache der beobachteten Extravasate gewesen sei. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

35) **Nothnagel.** Pseudoperityphlitis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 15.)

Bekannt ist, dass bei Hysterischen das scheinbare Bild einer Peritonitis diffusa acuta selbst von sehr bedeutender Intensität auftreten kann, ohne dass eine anatomische Veränderung im Bauchfell existirt.

N. berichtet nun über folgenden interessanten Fall.

Hereditär belasteter 20jähriger Mann bekam ohne nachweisbare Ursache Schmerzen in der rechten Darmbeingegend von drückendem, kolikartigem Charakter, rasch anwachsend, enorm heftig. Aufnahme in die chirurgische Klinik. Ileocoecalgegend auf Druck äußerst empfindlich; in der Gegend des Proc. vermiformis glaubt man eine etwa längsovale, walnussgroße Geschwulst zu fühlen. Kein Fieber, Puls 72. 14tägige exspektative Behandlung erfolglos, weder Attacken, noch Veränderungen in der Resistenz treten auf. Die Diagnose Perityphlitis wurde fallen gelassen, Pat. entlassen. Indessen blieben die Schmerzen bestehen. Pat. ließ sich wieder in die chirurgische Klinik aufnehmen und verlangte eine Operation. Dabei stellten sich absolut normale Verhältnisse heraus. Trotzdem wurde der Proc. vermiformis resecirt, ut aliquid fiat und um einer etwaigen später eintretenden Epityphlitis vorzubeugen. 2 Jahre lang fühlte Pat. sich danach gesund. Dann begannen die Schmerzen von Neuem. Außer exquisiter Hauthyperästhesie der rechten Ileocoecalgegend nichts Abnormes. Kein Fieber. Dies Mal Heilung auch ohne Operation, nur durch galvanischen Strom.

Hübener (Dresden).

36) **W. M. Mysch.** Herniae vaginales inguinales im Kindesalter.

Diss., St. Petersburg, 1898. (Russisch.)

So nennt M. die angeborenen Leistenbrüche, aus anatomischen Gründen; der Bruch ist selten angeboren, obwohl die Wege zum Entstehen des Bruchs oft schon bei der Geburt vorhanden sind. Verf. untersuchte 98 Fälle aus der Litteratur und 4 von Prof. Weljaminow. Davon waren 41 rechts-, 27 links-, 19 doppelseitige Brüche; 15mal ist die Seite nicht angegeben. Von 67 starben 4, von 80 recidivirten 8 (meist nach Czerny operirt). In den rechtsseitigen Brüchen der Kinder findet man nicht selten den Wurmfortsatz und den Blinddarm. Was die Behandlung betrifft, so kann man im Anfang Bandagen versuchen; am besten aber macht man die Radikaloperation. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

37) **M. J. Trestschin.** Die Radikaloperation des Leistenbruchs.

Diss., St. Petersburg, 1898. (Russisch.)

Außer einer litterarischen Übersicht bringt die Arbeit 101 Fälle von Prof. Ratimow. Diese Brüche wurden an 93 Männern und 3 Frauen beobachtet; 20 waren eingeklemmt, von 81 freien waren 12 irreponibel. Operirt wurde meist nach Bassini, mitunter nach Praxin's Modifikation. 2 starben; da die Pat. meist von auswärts kamen, konnte über Recidive nichts erfahren werden. Von 3700 Bruchoperirten (inkl. aus alter Zeit) starben bloß 59; die Operation ist also weniger gefährlich, als der Bruch selbst. Die besten Ausgänge giebt das Kindes-

alter, und von den Operationsmethoden diejenigen mit Muskel-Sehnennaht, unter letzteren die Methode Bassini's. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

38) **A. Krogius.** Ett fall af multipla stenoserande tarmtumörer af tuberkulös natur; tredubbel tarmresektion med lycklig utgång.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLI. p. 83.)

Die gewöhnliche ulcerative Darmtuberkulose hat, wie allgemein bekannt, nur eine sehr geringe, ja man könnte sagen keine Neigung zur Ausheilung. Stenosen der Därme aus dieser Ursache sind eben so selten, wie die Tuberkulose gewöhnlich ist. Es giebt aber eine andere Form der Darmtuberkulose, bei welcher die Verengung der Darmlichtung einen integrirenden Theil des Krankheitsbilds darstellt. Dies ist die lokalisirte, geschwulstbildende Darmtuberkulose, welche fast ausschließlich im Blinddarm vorkommt. Es ist ein Fall von dieser, der operativen Therapie zugänglichen, erst in den letzten Jahren näher beobachteten Intestinaltuberkulose, welchen Verf. durch drei in einer Sitzung ausgeführte Resektionen geheilt hat.

Der Fall betraf eine 33jährige, tuberkulös belastete Frau mit Symptomen ausgesprochener Darmstenose. Zwei sehr bewegliche, taubeneigroße Geschwülste und eine in der rechten Fossa ileo-coecalis fixirte Geschwulst konnten getastet werden. Überdies Phthisis pulmonum incipiens. Bei der Exstirpation fanden sich die zwei Geschwülste am Dickdarm, die dritte an der Portio ileo-coecalis. Sie stellten weißliche, kleinhöckerige, an Krebs erinnernde Infiltrate der Darmwand dar. Die Schleimhaut war wenig verändert, nur einige Ulcerationen wurden an derselben gefunden; dagegen war die Subserosa hochgradig verdickt. Die mikroskopische Untersuchung ergab in völliger Klarheit die tuberkulöse Natur.

Pat. wurde nicht nur geheilt, sondern musste einige Zeit nach der Operation wegen einer Cholecystitis suppurativa (Calculus) cholecystostomirt werden. Bei der Entlassung hatte Pat. in 2 Monaten 8 kg gewonnen.

Der Fall ist auch in der Hinsicht bemerkenswerth, dass nur 2mal vorher (Kocher, Mockenhaupt) tuberkulöse Geschwülste des Dickdarms gefunden sind.

A. Hansson (Cimbrishamn).

39) **A. v. Bonsdorff.** Ett fall af incarceratio interna herniformis intestini.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLI. p. 95.)

27jährige Näherin, die urplötzlich von Schmerzen im Bauch, von Erbrechen und totaler Verstopfung befallen wurde. Am folgenden Tage sehr heruntergekommen. Auftreibung der Ileocoecalgegend mit dumpfer und sehr schmerzhafter Perkussion. Bei der Laparotomie am Abend desselben Tages fand man einen nicht unbedeutenden Ascites (Stasis) und ein Konvolut von Dünndärmen in einen Recessus retrocoecalis (Brösike) eingeklemmt, welcher hinter dem Blinddarm und der umgebenden Partie des Colon ascendens lag. Nach Eröffnung des Blindsacks dessen Mündung nach dem Inneren der Bauchhöhle gerichtet war, und Spaltung einiger Verwachsungen zwischen dem Bauchfell und dem distalen Theil des eingeklemmten Darms war dieser frei. Keine Spuren von Peritonitis.

In der Epikrise setzt Verf. die Einzelheiten aus einander, welche ihn veranlassten, in diesem Falle einen wahren Recessus retrocoecalis anzunehmen, und hebt die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose in ähnlichen Fällen hervor. Der Fall ist auch in der Hinsicht merkwürdig, dass aus der litterarischen Kritik hervorgeht, dass ehedem nur ein einziger ähnlicher Fall durch Operation geheilt worden ist. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

40) **E. Kirmisson.** Occlusion intestinale par torsion complète du mésentère.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 681.)

K. theilt die Krankengeschichte eines 11jährigen Kindes mit, bei welchem er als Ursache des Ileus bei der Obduktion eine totale Torsion des Dünndarms um

sein Gekröse glaubt gefunden zu haben, bei der die von Delbet für diese Art des Darmverschlusses als charakteristisch beschriebenen Zeichen aber fehlten; vielmehr war der Leib eingezogen, wie bei einer Meningitis. Der bei der Operation und späteren Obduktion erhobene Befund wird indess so wenig anschaulich geschildert, dass man daraus nicht die Überzeugung gewinnt, dass es sich wirklich um eine Drehung des ganzen Dünndarms gehandelt hat. Auch ging die Drehung von links nach rechts, also umgekehrt, wie der Zeiger einer Uhr.

In der Diskussion erwähnen Reynier und Monod Beobachtungen, die mehr dem von Delbet beschriebenen Krankheitsbild entsprachen.

Reichel (Chemnitz).

41) **Delbet.** Occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 658.)

D. beobachtete 2 der seltenen Fälle von Volvulus des gesammten Dünndarms. Im 1. Falle bestanden die Ileuserscheinungen seit 9 Tagen. D. glaubte es bei der Laparotomie mit einer retroperitonealen Hernie zu thun zu haben: er fand eine von einem scharfen Bauchfellrand umgrenzte Öffnung, in welche sich 2 Darmschlingen, eine geblähte zuführende, eine zusammengefallene abführende verloren. Letztere schien fixirt, erstere folgte dem Zug; trotz Vorziehens einiger Darmschlingen blieb aber das untere Ende unbeweglich. Da ein eigentlicher Schnürring nicht zu fühlen war, legte D. schließlich eine Enteroanastomose zwischen der zusammengefallenen und der geblähten Darmschlinge an. Pat. starb einige Stunden später. Die Autopsie zeigte, dass die Darmfistel zwischen oberster Jejunum- und unterster Ileumschlinge angelegt war, und dass es sich um eine Torsion des ganzen Dünndarms um sein Gekröse gehandelt hatte, und zwar um etwas mehr als eine ganze Umdrehung.

In Erinnerung an diesen Fall gelang D. in seinem 2. Falle, in welchem er 9 Stunden nach Beginn der Ileussymptome zur Laparotomie schreiten konnte, die Orientirung besser. Er fand die Torsion, drehte sie zurück, verlor den bereits 69jährigen Pat. aber 11 Tage nach erfolgreichem Eingriff an einer Bronchopneumonie.

In beiden Fällen war die Torsion im Sinne der Drehung des Zeigers einer Uhr von rechts oben nach links unten erfolgt. Durch die Torsion kommt es zu einer venösen Stase des Dünndarms, damit zu einer raschen Aufblähung und zur starken blutig-serösen Exsudation in der Bauchhöhle. Da die Darmlichtung am oberen wie unteren Ende des Dünndarms verschlossen wird, kann das Erbrochene nicht kothig sein. D. kommt daher zur Aufstellung folgender 3 charakteristischer Symptome, deren Vorhandensein neben denen eines akuten Ileus in einem künftigen Falle vielleicht die Diagnose der Art des Darmverschlusses vor der Laparotomie ermöglicht: rasche Ausbildung eines beträchtlichen Meteorismus, Flüssigkeitserguss in die Bauchhöhle, Fehlen von Kotherbrechen, dabei Abwesenheit von Zeichen einer Peritonitis. — Hat man den Bauch eröffnet, so erkennt man leicht das Leersein des Blinddarms und konstatirt, dass die gleichfalls leere unterste Ileumschlinge sich hinter einem vorspringenden Band herumschlägt, begleitet von einer geblähten Jejunumschlinge; erstere ist fixirt, letztere nicht. — Zur Detorsion ist die totale Eventration des Dünndarms erforderlich. **Reichel** (Chemnitz).

42) **v. Erdberg-Landau.** Ein Fall von Achsendrehung des Coecum.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1899. No. 20.)

Wegen Ileus wird 54 Stunden nach seinem Zustandekommen durch Heben eines schweren Gegenstands laparotomirt. Etwas Ascites von serös-blutigem Aussehen. Blinddarm um 360° um seine Darmachse gedreht; er wird zurückgedreht, einige fibrinöse Auflagerungen auf demselben mit dem Tupfer entfernt, der Bauch geschlossen. Heilung.

Zoege v. Manteuffel unterscheidet 2 Arten von Achsendrehung des Blinddarms: um die Darmachse und um die Mesenterialachse. Hier handelte es sich

um die erstere Form, wodurch sich erklärt, dass keine oder nur sehr geringe Ernährungsstörungen des Darms bestanden, wie sie bei einer Drehung um die Gekrösachse durch Kompression der Gefäße hätten auftreten müssen.

Haeckel (Stettin).

43) **M. J. Segal.** Ein Fall von Intussusception mit spontaner Heilung.

(Jeshenedelnik 1898. No. 32. [Russisch.])

Pat. war 56 Jahre alt; am 13. Tage ging ein 4 cm großes Stück gangränösen Darms ab, nach 2 Tagen noch ein sehr großes Stück mit Gekröse. Nach weiteren 4 Tagen erschien Eiter im Urin; ein wahrscheinlich vom Darm ausgegangener Abscess war also in die Blase perforirt. Noch einen Monat lang dauerten die Verstopfungen; Eiter im Urin wurde noch weiterhin beobachtet, zuweilen auch hyaline Cylinder (Cystitis und Pyelitis). **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

44) **A. Kerstan.** Intussusception von 1,25 Dickdarm. Operation. Heilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 619.)

Der Fall, von Landerer behandelt, ist des eigenartigen Operationsverfahrens wegen bemerkenswerth. Der 30jährige Pat., beim Heben eines schweren Steins akut mit Leibschmerzen erkrankt (daher Betriebsunfall!) und dann dauernd 2 Monate an solchen und Verstopfung leidend, zeigt in der linken Bauchseite eine an Größe einem aufgetriebenen Magen gleichende Geschwulst, die als Invagination diagnosticirbar ist. Nach der Bauchеröffnung fanden sich trübes, blutig-eitriges Peritonealexsudat, an der dunkelblaurothen Invaginationsgeschwulst, deren unteres Ende gar nicht, deren oberes nur schlecht absehbar war, 2 cm breite, frische Serosarisse, so dass eine einfache Desinvagination bedenklich erschien. In der Absicht, nach Rydygier von einer Incision des Intussuscipiens aus das Intussusceptum zu reseciren, wird nun an der mit Kompressen abgedeckten Geschwulst »die Invaginationsstelle vorsichtig mit dem Paquelin gespalten. Das Intussuscipiens, das nur ganz wenig Darmschleim enthielt, schnellte aus einander, und nachdem dasselbe etwa 15 cm weit gespalten war, zeigte sich das Intussusceptum noch in ganz gutem Zustand. Dasselbe wurde entwickelt: Colon transversum, ascendens, Blinddarm mit Wurmfortsatz und Klappe, so wie 25 cm Dünndarm. — Alles reponirt. Das Intussuscipiens sah weniger gut aus. Die ganze vordere Fläche des Colon descendens und der Flexur erschien blauroth, und wo incidirt war (dem Gekrösansatz gegenüber), waren die Wundränder schwarz und welk (Folge des Paquelin? Ref.). Es wurden desshalb Colon descendens und Flexur auf eine Länge von 3,5 cm gespalten und von den Wundrändern ein je 1 cm breiter Streifen abgetragen«. Dann Naht des längs geschlitzten und resecirten Darms, dessgleichen noch weitere Partialdarmresektion und Naht an der Stelle der Serosaruptur. Bauchnaht bis auf eine Gazedrainstelle. Es trat vorübergehend Darmverschluss auf, der durch Nahtlösung beseitigt wurde, ferner eine Kothfistel, die sich aber spontan schloss. Endresultat Heilung. (In der Beschreibung erscheinen die Maßangaben über die Länge der Darmincisionen nicht recht klar. Druckfehler? Ref.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) **O. Tubenthal.** Ein Fall von Darmausschaltung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 552.)

Der von T. mit Glück behandelte Fall betrifft einen Soldaten (Alter? Ref.) der unter Leibschmerzen erkrankt, mit Fieber und peritonitischen Erscheinungen, ileocoecaler Druckempfindlichkeit, so wie Durchfall zuging. Binnen 17 Tagen bildete sich an dem stark aufgetriebenen Leib eine Resistenz der rechten Beckengegend, bei Untersuchung durch den After fühlte man eine prall-elastische Geschwulst sich von oben her in das kleine Becken hineinwölben; die Blase war nach oben gedrängt. Wegen Anzeichen von Darmverlagerung und starken Kräfteverfalls unter Muthmaßung einer Invagination medianer Bauchschnitt. Danach

musste zunächst die Blase, welche durch das Lig. umbilical. median nach oben gezogen war, durch Trennung dieses Bandes freigemacht werden. Die jetzt erscheinenden Darmschlingen sind gebläht und locker unter sich verklebt. Bei ihrer Lösung entleeren sich zunächst einige nussgroße, abgesackte Eiterherde, dann aber, als man zum Blinddarm dringt, vom kleinen Becken aus der dort fühlbar gewesenen Resistenz ca. 1 Liter stinkender Eiter. Freilegung der Eiterhöhle. Tamponade, theilweise Bauchnaht. Verlauf gut, bis am 9. Tage Darminhalt in der Wunde erschien. Theilweise Wiedereröffnung der Bauchwunde. Es zeigte sich eine erbsengroße Darmperforation, die mit in den folgenden Tagen neu hinzukommenden ein den halben Darmumfang einnehmendes Loch bildete. Ferner bildete sich ein 2. kothentleerendes Darmloch in der Gegend des Beckens. Der Kranke lag jetzt stetig im Schmutz und verfiel bedeutend. Desshalb Indikation zur Darmausschaltung. An der großen Darmfistel, die ausweislich der hier sichtbaren Kerkring'schen Falten im oberen Ileum saß, sollte das zuführende Ende ins Colon ascendens implantirt werden. Bei der 3 Stunden dauernden Operation, 19 Tage nach der ersten, wurde in der rechten Bauchseite eingegangen, Blind- und Dünndarm gefunden. Das zuführende Ende des Darms an der oberen Fistel wird nun aber nicht mit dem Colon, sondern mit dem unteren Theil des unweit der Valvula Bauhini getrennten Ileums durch Ringnaht anastomosirt, die Querschnitte des ausgeschalteten Darmendes, welches auch die untere Fistel enthält, geschlossen und versenkt. Bauchnaht. Guter Verlauf. Die neue Bauchwunde heilte per primam. An der fistulösen ersten dauerte der Kothabgang nur noch 2 Tage, machte dann wässrig-schleimigem, spermaartig riechendem Abgang Platz. Im Anfang bewirkte flüssige Nahrung Durchfälle, wonach die Diät regulirt wurde. Rasche Gewichtszunahme von 85 auf 125 Pfund. Der geheilte Pat. hat in der medianen Bauchnarbe noch eine markstückgroße Dünndarmfistel mit sichtbaren Kerkring'schen Falten, die in 24 Stunden einen halben Theelöffel voll Schleim secernirt.

T. schätzt, dass durch den Eingriff 2—3 m Darm ausgeschaltet sind. Als Grund für die Darmulceration wurde im Anfang an Tuberkulose gedacht, die aber des günstigen Verlaufs wegen nicht wahrscheinlich blieb. Plausibler ist die Annahme typhöser Ulcerationen, wofür auch das positive Ergebnis einer angestellten Widal'schen Reaktionsprobe spricht. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

46) **Camerer** (Urach). Leberabscess, hervorgerufen durch einen verschluckten Fremdkörper.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1899. No. 20.)

C. sah einen Mann von 56 Jahren mit den Erscheinungen der Pyämie zu Grunde gehen, bei dem die Sektion einen gänseeigroßen Abscess im rechten Leberlappen fand. In demselben war eine Borste eingelagert. Verf. nimmt an, dass diese vom Magen aus in die Lebersubstanz eingedrungen sei und den Abscess veranlasst habe. **Buchbinder** (Straßburg i/E.).

47) **Hochenegg.** Ein Fall von Perforation der Gallenblase in die freie Bauchhöhle, geheilt durch Operation.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 21.)

45jährige Pat., stets gesund, beging am 24. Januar einen groben Diätfehler, worauf heftiges Erbrechen, zuletzt 1/4 Liter grüner Galle, erfolgt. Am nächsten Morgen ausgiebige Stuhlentleerung; dabei war der größte Theil des Koths lehmartig entfärbt. Bald danach spannende Schmerzen in der Lebergegend, die eine Morphininjektion nöthig machten. Am 26. Januar entstand bei energischem Bücken ein ungemein heftiger Schmerz im Bauch, Collaps und ausgeprägte Ileussymptome. Es wurde ein akuter Darmverschluss — wahrscheinlich Volvulus der Flexur — diagnosticirt. Am selben Abend noch Laparotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle stieß man auf das zu Vorderarmdicke geblähte Colon transversum, welches zu einem förmlichen Ring zusammengelagert war und in dieser Lage durch das nach unten zu umgeschlagene und fixirte Netz erhalten wurde. Es machte förm-

lich den Eindruck, als wenn durch das so gelagerte Netz ein Beutel formirt worden wäre, in welchen von oben her das Colon wie in einen Bruchsack eingedrungen wäre.

Bei den Manipulationen, das Colon frei zu bekommen und das Netz zu lösen, stürzte auf einmal von der Oberbauchgegend her eine Unmasse — über 2 Liter — gallig gefärbter, klebriger Flüssigkeit vor. Der Raum unterhalb des Colons war vollkommen frei davon gewesen. Nach Schutz der Bauchhöhle durch Kompressen wurde die Leber und Gallenblasengegend freigelegt, und nun fand sich an der Gallenblase ungefähr in deren Mitte ein ca. 1 cm langer, auf $^1/_2$ cm klaffender Spalt, der durch einen schwarzbraunen Stein theilweise verlegt war und neben dem, jetzt langsam, Galle hervorquoll. Die Gallenblase selbst zeigte keine Verwachsungen, war von normaler Form und Größe, ihre Wand erwies sich zwar als verdickt, jedoch nirgends mit Galle infiltrirt oder entzündlich verändert.

Nach einem eigenen Schnitt am Fundus der Gallenblase — um nicht an der Perforationsstelle durch Extraktionsversuche die schon geschädigte Wand noch mehr zu malträtiren — wurden noch 7 haselnussgroße Steine extrahirt, der Riss unter Einstülpung der Ränder vernäht. Säuberung der Bauchhöhle, Einnähen des eröffneten Fundus in die Bauchwunde und Einführung eines Drains durch diese Schnittöffnung in die Gallenblase. 2 Jodoformstreifen in die sonst durch Etagennähte abgeschlossene Bauchwunde. Wundverlauf ungetrübt; 20 Tage nach der Operation war die Gallenblasenfistel, aus der sich bis zu 550 ccm Galle in 24 Stunden entleert hatten, geschlossen.

H. giebt folgende Erklärung des Falles: Durch die Anstrengung beim Erbrechen wurde ein bisher symptomlos im Fundus gelagerter Stein gegen den Cysticus getrieben, hier lose eingekeilt, wahrscheinlich so, wie dies Courvoisier und Socin beschrieben haben, dass nämlich zwar Galle vom Hepaticus eintreten, aber in Folge des durch den Stein gebildeten Kugelventils nicht mehr umgekehrt gegen den Choledochus austreten konnte. Hierdurch und durch die bei jeder Abflussbehinderung eintretende Schleimsekretion in der Blase wurde diese mächtig ausgedehnt, und durch direkten Druck beim Niederbeugen die übervolle und in ihrer Wand überdehnte Blase zum Bersten gebracht. Nach dem Bersten der Blase und Entleerung ihres Inhalts in die Bauchhöhle sank der den Cysticus früher theilweise verlagernde Stein (Pat. war vor der Operation nie ikterisch, erst nachher) wieder gegen die Blase, so dass von nun an die Galle frei in die Bauchhöhle austreten konnte.

Dass die Peritonitis keine eitrige, sondern eine seröse war, bestätigt H.'s Annahme, dass die Gallenblase vor der Perforation nicht entzündet oder durch Vereiterung morsch war. Besonders günstig wurde der Fall dadurch beeinflusst, dass durch das Colon transversum mit seinem Gekröse, so wie durch das stellenweise fixirte Netz ein vollständiger Abschluss der Oberbauchgegend gegen die untere Hälfte des Bauchraums zu Stande gekommen war.

Hübener (Dresden).

48) **P. Michaux.** Chirurgie du cholédoque.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 691.)

M. verficht entgegen Quénu den Nahtverschluss der Incisionswunde des Gallengangs nach der Choledochotomie. Er hat die Operation 4mal ausgeführt: 3 der Operirten heilten, ohne dass es je zum Ausfluss von Galle zur Wunde kam, im 4. Falle hielt ein geringer Ausfluss etwa 14 Tage an, dann erfolgte gleichfalls die Heilung. Nur wenn die Naht des Gallengangs zu erhebliche Schwierigkeiten oder durch Verlängerung der Operationsdauer zu große Gefahren böte, solle man den Kanal offen lassen und drainiren. In seinem letzten Falle, den er ausführlich mittheilt, extrahirte M. aus dem Choledochus einen 4 cm langen, 3 cm breiten Stein, vernähte die Wunde durch 16 Nähte, exstirpirte die Gallenblase und erzielte glatte Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

49) Schwartz. Cholédocotomie pour angiocholite infectieuse, greffée sur une lithiase du canal cholédoque et du canal hépatique gauche. Absence totale de vésicule biliaire. Drainage du canal cholédoque, après ablation d'un gros calcul occupant les deux tiers supérieurs du canal cholédoque et le canal hépatique gauche.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 647.)

Das Wesentliche der S.'schen Mittheilung enthält die Überschrift. Auch er räth zur Drainage des Gallengangs, mindestens in allen den Fällen, in denen auch nur der geringste Zweifel besteht, ob die Galle aseptisch oder infektiös sei.

Reichel (Chemnitz).

50) **O. Fischer** (Ulm). Über einen Fall von akuter Pankreashämorrhagie.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1899. No. 16.)

Mit Rücksicht auf die spärliche Anzahl der bisher veröffentlichten Fälle von Pankreasblutungen beschreibt F. einen derartigen Fall, der schnell tödlich verlief. Eine 51 Jahre alte Arbeitersfrau hatte im Verlauf von ca. 6 Wochen schwere Ohnmachtsanfälle, von denen sie sich jedoch anscheinend erholte. Am letzten Tage hatte sie 3mal derartige Anfälle und starb im 3. Anfall. Die Sektion ergab außer einer Blutfülle der Niere, der Milz und des Dünndarms eine ausgedehnte Hämorrhagie des ganzen Schwanztheils des Pankreas und eine zweite im Kopf desselben, während der Körper frei erschien. Es handelte sich um eine weitgehende Nekrose und scholligen Zerfall des Pankreas mit Blutungen.

Buchbinder (Straßburg i/E.).

51) **W. J. Rasumowsky.** Apoplexia pancreatis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIX. Hft. 3.)

Ein junger Arzt erkrankte unter den Symptomen der Perforation eines Magengeschwürs mit sekundärer Abkapslung eines eitrigen Exsudats. Es wurde desshalb zur Incision in die Bauchhöhle geschritten, und nun zeigte die Autopsie in vivo, dass es sich gar nicht um Eiter handelte. Die lokalen Verhältnisse lagen so, dass der Operateur durch den linken Leberlappen hindurch auf die Geschwulst sich durcharbeiten musste. Es entleerte sich dabei aus einer größeren Höhle blutige Masse mit nekrotischen Fetzen, welche sich als gangränescirtes Pankreasgewebe erwies. Dieser Umstand wie die anatomische Situation erhärteten, dass es sich hier um das Bild einer ohne Trauma entstandenen Apoplexia pancreatis handelte. Nach Drainirung der Bluthöhle und einer Anfangs mit starken Schmerzen verknüpften Rekonvalescenz genas der Pat. vollkommen.

Verf. kommt des ausführlichen auf die bisher gemachten klinischen Unterschiede zwischen Apoplexia pancreatis, hämorrhagischen Cysten des Organs und Blutergüssen in präformirte Cysten zu sprechen. Sein eigener Fall und eine genauere Durchsicht der Krankengeschichten in der Litteratur führt ihn zu der Ansicht, dass man die Apoplexie der Bauchspeicheldrüse häufig verwechselt und verkannt hat, hauptsächlich desswegen, weil die Kranken in einem späteren Stadium zur Operation kamen, als sein Pat., und weil dann Veränderungen im Inhalt und an der Kapsel des Ergusses zur Annahme von Cysten führten. Nach seiner Meinung unterscheiden sich die traumatischen Blutergüsse des Pankreas gar nicht von den nicht traumatischen, und die Apoplexie desselben ist eine heilbare Krankheit, heilbar an sich oder auf operativem Wege.

Im akuten Stadium, dessen Diagnose übrigens so schwierig ist, dass bisher kein Fall richtig erkannt wurde, ist eine chirurgische Therapie kontraindicirt, hier müssen symptomatische Mittel angewendet werden. Später dagegen kann die Operation lebensrettend wirken, indem die Entleerung des Blutherds den Magen-Darmtractus und die großen Lymphstämme von dem Druck befreit, der Ileuserscheinungen und ungenügenden Abfluss des Chylus bedingt und den Tod herbeiführen kann. Die Methoden des Eingriffs wechseln je nach Lage des Falles.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

52) **B. Pollard.** Three cases of cyst of the pancreas, treated by incision and drainage through the anterior abdominal wall.

(Brit. med. journ. 1899. März 11.)

Die 3 Fälle von Pankreascysten, die vor 5, 3 und 2 Jahren operirt wurden, beweisen die Brauchbarkeit der Operationsmethode. Durch Incision von vorn, Einnähung in die Bauchwunde und einfache Drainage wurde in allen Fällen dauernd Heilung erzielt. Die einzige Gefahr sieht P. in der Entstehung eines Bauchbruchs in der Narbe, die P. an der Stelle, wo das Drainagerohr eingelegt war, beobachtet hat. **F. Krumm** (Karlsruhe).

53) **N. Vuić.** Ein Fall von Fibroma mesenterii.

(Liečnički viestnik 1899. No. 5. [Kroatisch.])

Die 38jährige Pat. bemerkte vor einem Jahre nach einer Frühgeburt im Bauch einen beweglichen Tumor. Seit 7 Monaten schnelles Wachsthum des Tumors, Schmerzen und Beschwerden bei der Defäkation, schließlich Dyspnoë. Menses unregelmäßig, seit 4 Monaten ausgeblieben.

Im Abdomen mannskopfgroßer, harter, leicht beweglicher Tumor, scheint einen gegen das Becken ziehenden Stiel zu haben. Uterus vergrößert (wie im 3. Monat der Schwangerschaft). Portio weich. Der Aufwärtsbewegung des Tumors folgt die Gebärmutter nicht. V. stellte per exclusionem die Diagnose Fibroma omenti. Bei der Laparotomie wurde an der hinteren Seite des Tumors das Mesenterium derselben an der Peripherie mit dem Dünndarm mehrfach verwachsen gefunden. Da die Lösung der Adhäsionen nicht gelang, wurden ca. 35 cm Darm resecirt und der Tumor aus dem Mesenterium excidirt. Vereinigung des Darmes mit Murphyknopf. Der Verlauf die ersten Tage durch Bauchfellreizung komplicirt; am 13. Tage ging der Knopf ab. Pat. nach 3wöchentlichem Krankenhausaufenthalt geheilt entlassen; vor dem Abgang wurde sichergestellt, dass dieselbe im 4. Monat schwanger sei. **v. Cačković** (Agram).

54) **J. E. Hagen-Torn.** Ein Fall von operativer Entfernung einer teratoiden Geschwulst aus der Regio sacro-coccygea.

(Annalen der russischen Chirurgie 1899. Hft. 4.)

Die höchst interessante Geschwulst wurde von Prof. Weljaminow bei einem 16jährigen Bauer entfernt. Sie war angeboren; als Pat. 8 Jahre alt war, entstand eine Fistel, aus der viel weiße Flüssigkeit hervorkam; später schloss sich die Fistel. Die Geschwulst bildet eine Fortsetzung der rechten Hinterbacke und verdrängt das Kreuz- und Schwanzbein um 10 cm nach hinten und links. Operation: Schnitt über der Geschwulst legt eine mit der Haut und Muskeln verwachsene Kapsel frei, aus der zuerst Fett-Träubchen, dann Mesenterium und Darm heraustreten; eine Darmschlinge war mit der Narbe am Ort der früheren Fistel verwachsen, wurde eröffnet und entleerte eine gangränöse Masse, die dem Meconium ähnelte. Die Geschwulst geht hoch ins Becken hinein; zwischen den Darmschlingen zeigte sich ein Blinddarm mit Wurmfortsatz. Man dachte nun an die Möglichkeit einer Hernia ischiadica und unterbrach die Operation; die geöffnete Darmschlinge wurde resecirt und die Enden in die Hautwunde genäht. Nach 2 Tagen Darmfunktion völlig normal. Daher Schluss der Operation: Ablösung der Geschwulst oben vom Schwanzbein; hier wird ein dicker Gewebsstrang mit einer großen Arterie (von der Dicke der A. brachialis) durchschnitten. Unweit davon wird eine Cyste vom Mastdarm abgelöst; dann wurden die Därme zur Seite geschoben und in der Tiefe ein magenähnliches Gebilde von Melonengröße, daneben eine eben so große Fettgeschwulst in der Gegend des Lig. spinoso-sacrum, der Mm. gemelli und Obtur. int. gefunden und abgelöst. Es bleibt eine große Höhle zurück. Tamponade. Nach $2^1/_2$ Monaten geheilt. — Das Präparat stellt einen 130 cm langen Darm vor, der mit einem Blindsack in Magenform endigt; der eben erwähnte Wurmfortsatz ist 10 cm lang. Die Taeniae longitudinales gut ausgeprägt. Im Darm findet sich eine meconiumähnliche Masse und 1 Liter halbdurchsichtige Flüssigkeit mit Flocken. Die Schleimhaut zeigt quere Kerkring-

sche Falten; im magenförmigen Sack gleichfalls; Längsfalten sind hier nicht vorhanden. Dem Magen liegt eine harte, höckerige Fettmasse auf, in der regellos mehrere Cysten sitzen; eine von den letzteren ist vielkammerig, pflaumengroß, enthält serösen Inhalt, eine zweite braune Flüssigkeit, eine dritte Brei mit Haaren; die vierte, größte, hat eine Querwand, Muskelwände und trabekelartige Leisten; daneben lag ein hartes, dreieckiges Gebilde von der Form des Schwertfortsatzes. Im Fett fanden sich fibröse Stränge und Muskelgewebe. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt der Darm überall den gleichen Bau: Dickdarmschleimhaut mit Lieberkühn'schen Drüsen, keine Pepsindrüsen und Zotten. Die seröse Cyste enthält mikroskopische Cystchen mit Eiweißgerinnseln und mit Endothel ausgekleideten Wänden. Das brustbeinartige Gebilde besteht aus hyalinem Knorpel. Im Fettgewebe fanden sich Nervenstämmchen mit Myelinmantel, ferner Bindegewebe, das bald Fibrom, bald Sarkom oder Myosarkom ähnelte. Die herzförmige Cyste enthält in der Wand glatte Muskelfasern, Bindegewebe, dazwischen Drüsen von bedeutender Größe (größer als die Schweißdrüsen), mit kubischem Epithel; in den Drüsen homogene körnerförmige Massen, die mit Eosin sich wie Schilddrüsenkolloid rosa färben; stellenweise trifft man Schleimdrüsen; an einer Stelle Cylinderepithel, wobei einige Zellen sich als Flimmerepithel darstellen. Die Lichtung des Darms war 6—15 cm breit. Mikroskopisch stellten sich also einige Theile nicht als das heraus, was sie makroskopisch vortäuschten. — Zum Schluss bringt Verf. die verschiedenen Klassifikationen der Sacralgeschwülste (von Braune, Bergmann, Borst und Stolper), spricht sich gegen die Middeldorf'sche Theorie vom Ursprung solcher Geschwülste aus dem postanalen Darm aus und bestimmt seinen Fall als Mischgeschwulst und Teratom, das sich aus einem zweiten Embryo bedeutend, aber nicht voll entwickelt hatte. — 2 Bilder zeigen die Geschwulst vor der Operation. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

55) **H. Strehl.** Retroperitoneale Lymphcyste oder Senkungsabscess?
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 178.)

S. beschreibt aus der Königsberger Klinik folgenden diagnostisch interessanten Fall. 20jähriger Knecht, der wegen einer nach Gonitis tuberculosa hinterbliebenen Kniekontraktur zuging, zeigt am anderen (linken) Bein im oberen Theil des Oberschenkels eine über faustgroße Geschwulst zwischen Extensoren und Abduktoren, deutlich fluktuirend, nach oben bis unter das Poupart'sche Band verfolgbar, anscheinend sich noch in die Bauchhöhle erstreckend. Anschwellung der Geschwulst beim Husten. Beschwerden fehlen. Wirbelsäule normal, die inneren Organe ergeben normale Befunde. Der Fall glich völlig einem von Narath als retroperitoneale Lymphcyste beschriebenen und operirten (cf. Chirurgen-Kongress 1895), doch blieb hier auch der Verdacht auf tuberkulösen Kongestionsabscess offen. Als solcher erwies sich das Leiden denn auch bei der mittels Incision und Jodoform-Glycerininjektion ausgeführten Partialoperation — zu einer Radikaloperation, wie sie Narath in seinem Falle ausführte und welche sehr eingreifend gewesen wäre, wurde keine Indikation gefunden. Ein 1—2 mm dicker Balg entleerte über 1 Liter hellgelbliche, seröse Flüssigkeit, in welcher zahlreiche Cholestearinkrystalle und einige weiße Flocken schwammen. Quer durch die Höhle zog ein fester, weißer Strang, der theilweise excidirt wurde. Lateral von den Schenkelgefäßen entsendet die Cyste noch unter dem Poupart'schen Band ein Divertikel in das Becken — ganz so wie in dem Narath'schen Falle. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens von dem Balg ergab deutlich tuberkulöses Gewebe. S. spricht den Verdacht aus, dass auch in Narath's Fall es sich um Tuberkulose gehandelt haben möge. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Berichtigung: In No. 26 p. 751 ist bei 23) »Qvensel« statt »Zuensel« (eben so im Inhaltsverzeichnis) zu lesen.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 38. Sonnabend, den 23. September. 1899.

(Aus der chirurgischen Klinik der kgl. Universität in Rom, geleitet von Prof. F. Durante.)

I. Neuer Trokar zur Exploration pathologischer Gewebe.

Von

Dr. O. Sgambati,
Assistent der Klinik.

In mehreren Fällen, in denen die Diagnose der Beschaffenheit eines pathologischen Processes im Zweifel verbleibt, ist es rathsam, eine präventive mikroskopische Untersuchung vorzunehmen; erst wenn man auf diese Weise Aufklärung über die Natur der Krankheit gewonnen hat, wird man sich über die Art des operativen Eingriffs entscheiden können. Man bedenke z. B., wie oft man bei der Untersuchung einer Mammageschwulst in Zweifel geräth zwischen einem Adenom, einem Sarkom und einem centralen Krebsknoten. Man bedient sich desshalb manchmal eigens dazu konstruirter Versuchs-

trokars, die jedoch selten ihren Zweck erfüllen: nicht immer gelingt es, ein Gewebsstückchen herauszureißen, und wenn auch, ist es zur mikroskopischen Untersuchung entweder zu klein oder es wird so zerfetzt, dass die Elemente ihre ursprüngliche Form und ihr gegenseitiges Verhältnis einbüßen.

Diese Trokars liegen gegenwärtig in 2 Formen vor: entweder sind es die gewöhnlichen, deren Kanülen, mit einem scharfen Rand versehen, in die Gewebe einschneiden und durch verschiedentliche Rotationsbewegungen mehr oder minder große Gewebsstückchen in ihr Lumen aufnehmen sollen; oder aber es handelt sich um Trokars, deren Spitze mit einem nach oben gebogenen scharfen Haken versehen ist, der, nach erfolgtem Einstich, beim Zurückziehen des Instruments Gewebsstückchen mit sich führen soll.

Die erste Form ist die unpraktischste, da es nicht nur sehr schwer ist, dass die herausgeschnittenen Gewebsstückchen beim Herausziehen der Kanüle in deren Lumen verbleiben, sondern man auch gezwungen ist, nach jedem Misserfolg den Trokar immer von Neuem einzuführen, was jedenfalls nicht zu den schmerzlosesten Operationen zu rechnen ist.

Die zweite Form, der sog. Dieffenbach'sche Trokar, ist in so fern praktischer, als man nach einem erfolglosen Einstich die Kanüle an Ort und Stelle lässt und immer nur wieder mit dem Haken in die Tiefe dringt, bis man das gewünschte Gewebsstückchen an das Licht befördert. Dies gelingt aber auch ziemlich selten, und dabei sind die Gewebsstückchen meistens so winzig klein, dass sie sich zu einer genauen mikroskopischen Untersuchung absolut nicht eignen.

Im Laufe des vergangenen Jahres stellte sich in der Klinik eine Frau mit einer voluminösen festen Geschwulst am Unterkiefer vor: rapider Verlauf, Röthung, Wärme, Ödem der Haut, konstanter pulsirender Schmerz, so wie der Sitz außerhalb des Knochens etc. ließen eher an einen subakuten Entzündungsprocess als an eine bösartige Geschwulst — wie von dem früher behandelnden Arzt angenommen wurde — denken. Der von mir schon anderwärts erwähnte Fall (Policlinico 1899 Juni 10. Supplem.) eignete sich ganz besonders zur Untersuchnng mit einem Versuchstrokar, und bei dieser Gelegenheit erdachte ich ein kleines Instrument, welches, ohne die Dimensionen der üblichen Trokars zu übersteigen, doch in der Lage war, schnell und sicher Gewebsstückchen von einer Größe zu gewinnen, die jede genauere mikroskopisch-histologische Untersuchung zuließen[1].

Ich lasse hier eine kurze Beschreibung des Instruments folgen.

Der Trokar ist 9 cm lang bei einem Durchmesser von $2^1/_2$ mm, besitzt einen robusten Griff und steckt in einer 8 cm langen Kanüle; letztere ist am Griffende mit einer Druckschraube versehen, um den Trokar nach Belieben zu fixiren.

---

[1] Das Instrument ist bei der »Agenzia del Policlinico«, Caravita 3—4—5 Rom zu kaufen.

Die Spitze des Trokars hat in *B* (Fig. 3) einen scharfen Einschnitt, dessen horizontale Fläche mehr als die Hälfte des Durchmessers des Instruments ausmacht, während die vertikale, etwa 1 cm lang, schräg nach unten und nach außen verläuft. Am unteren Ende dieses Einschnitts (entsprechend dem oberen Rand der Kanüle in Fig. 2 und 3) ist eine kleine dünne, 2 mm breite, fast rechteckige, in der Breite leicht gebogene, nach der rechten Seite hin scharf

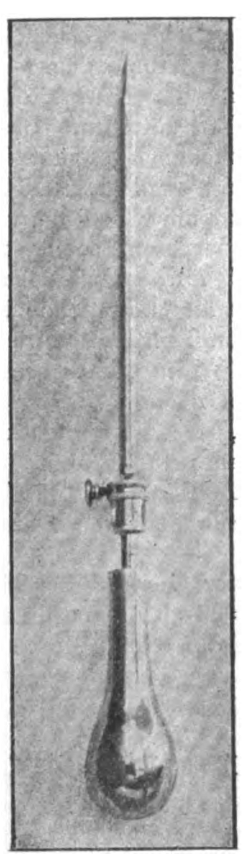


Fig. 1. Der Trokar ist zum Einstechen gestellt. Die Klinge ist von der Kanüle bedeckt.

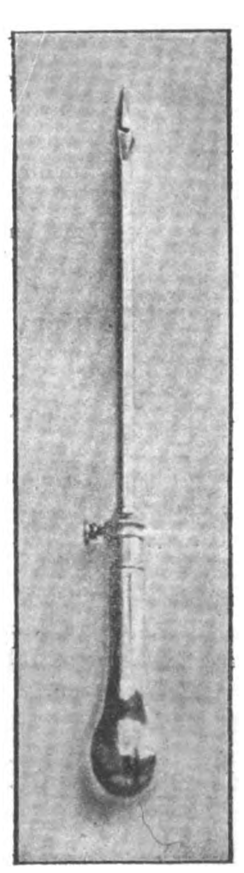


Fig. 2. Der Trokar mit zurückgezogener Kanüle. Die Klinge ist zum Schneiden gestellt.

schneidende Klinge angebracht. Letztere steht gleich einer Feder bei offenem Trokar nach außen ab (Fig. 2 und 3), während, wenn der Trokar ganz in der Kanüle steckt, die Klinge in den Einschnitt gedrückt wird (Fig. 1).

Der Gebrauch des Instruments ist nun leicht zu verstehen.

Man fixirt den Trokar in der Kanüle so, dass nur dessen äußerste Spitze hinausragt (die Klinge und der Einschnitt folglich noch verdeckt sind, Fig. 1), sticht ihn in das zu untersuchende Gewebe ein,

öffnet die Druckschraube und zieht, indem man das Instrument am Griff festhält, die Kanüle ungefähr 1 cm nach außen zurück: auf diese Weise kommt die Klinge frei im Gewebe zu stehen. Nun dreht man den Trokar mit einer raschen Rotationsbewegung nach rechts, indem man ihn zugleich ein wenig zurückzieht: die Klinge schneidet somit ein cylindrisches Gewebsstückchen aus. Das obere Ende des Stückchens wird durch das Zurückziehen des Trokars, folglich durch das Eindrücken der Spitze der Klinge gegen den scharfen Einschnittrand *B* wie von einer Schere durchgeschnitten; das untere Ende dagegen wird durch den scharfen Rand der Kanüle, die man wieder etwas tiefer einführt, getrennt. Das nunmehr frei gewordene Stückchen kommt in den Einschnitt zu liegen und wird durch Herausziehen des Trokars nach außen befördert. Will man die Operation wiederholen, so lässt man die Kanüle stecken und führt den Trokar von Neuem ein, indem man die abstehende Klinge mit dem Zeigefinger in dem Einschnitt zurückhält.

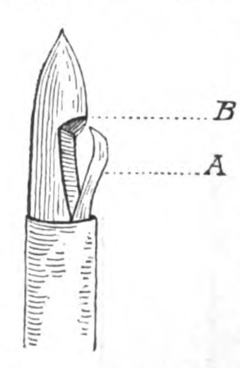


Fig. 3. Vergrößertes Detail aus Fig. 2.

Mir ist es in dieser Weise nicht nur in dem oben erwähnten, sondern auch in mehreren anderen Fällen gelungen, Gewebsstückchen von 2—3 mm Durchmesser zu gewinnen, ohne bei den Patt. merklichen Schmerz hervorzurufen und bei zugleich minimaler, unter einem einfachen Kollodiumverband rasch heilender Hautstichwunde.

Wenn es sich darum handelte, statt fester Gewebe dickflüssiges Material (Eiter, käsige Substanz etc.), welches durch Aspiration schwer zu gewinnen ist, zu extrahiren, könnte man die Klinge durch einen kleinen Löffel ersetzen.

II. Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie.

Von

Oberarzt Dr. **Watten** in Lodz.

Die operative Behandlung der Eichelhypospadie stellte bis vor Kurzem keine leichte Aufgabe dar. Alle früher dazu empfohlenen und angewandten Methoden, welche sämmtlich Bildung einer neuen Harnröhre in der bis dahin nicht perforirten Eichel erstrebten, führten allzu oft nicht zum erwünschten Resultat oder erst nach mehrfachen vergeblichen Versuchen; gerade hier stehen die Chancen des Gelingens eines solchen im umgekehrten Verhältnis zu ihrer Zahl. Jeder missglückte Versuch verschlimmert im hohen Maß die von vorn herein ungünstigen lokalen Verhältnisse für Operationen, deren Ausgang ja in erster Linie von Exaktheit und Haltbarkeit der Nähte abhängig ist.

Es war daher als ein großer Fortschritt zu bezeichnen der neue Weg, welchen C. Beck[1] in New York eingeschlagen hat, indem er sich nicht Bildung einer neuen Harnröhre, sondern Verlängerung der vorhandenen bis zur normalen Ausmündungsstelle zur Aufgabe stellte. Heut zu Tage ist diese Aufgabe für gewöhnlich sicher und leicht zu lösen, und zwar Dank der Operationsmethode, welche vor Kurzem v. Hacker[2] und Bardenheuer[3] fast gleichzeitig angegeben haben, und welche, wie sich später herausgestellt hat, auch von Beck[4] einmal versucht wurde. Sie beruht bekanntlich auf der Mobilisirung der unteren Hälfte der Harnröhre und Durchziehung derselben durch einen Wundkanal in der Eichel, welcher mit Trokar (Bardenheuer) oder mit Messer (v. Hacker und Beck) angelegt wird. Diese Methode müssen wir nun sicherlich als ein Normalverfahren bei der Behandlung der Eichelhypospadie betrachten. Trotzdem würden wir nicht mit König[5] sagen, dass dieselbe »alle anderen bis dahin für Hypospadie empfohlenen Methoden entbehrlich machen wird«. Es sind nämlich zu ihrer Ausführung 2 Hauptbedingungen nöthig:

1) dass keine zu tiefe Eichelrinne besteht;

2) dass der periphere Theil der Harnröhre auf eine entsprechend große Strecke sich mobilisiren bezw. hervorziehen lässt.

Dass das Fehlen dieser oder jener von den Bedingungen die Operation mitunter unausführbar machen kann, beweist folgender Fall:

Ein 8jähriger Schusterlehrling mit Hypospadia glandis, der an Enuresis nocturna litt, wurde von seinem Meister einer radikalen Kur unterworfen: es wurde ihm nämlich sein Penis vor dem Schlafengehen etwa in der Mitte Partis pendulae mit einem starken Faden unterbunden. Als am anderen Tage der Faden wegen der Schwellung des Glieds sich nicht entfernen ließ, wurde er liegen gelassen, bis er später von selbst abfiel. Unterdessen bildete sich an der unteren Fläche des Penis, dicht hinter dem Faden, eine Öffnung, durch welche der Harn tropfenweise ausfloss. Etwa 2 Monate nach der Installation jener eigenartigen Kur wurde der Knabe in meine Abtheilung gebracht. Bei der Untersuchung stellte sich nun heraus, dass der periphere Theil der Harnröhre centralwärts vollständig blind endete; an der Stelle, wo der Faden lag, hatte sich um das Glied herum eine breite, knorpelharte Verdickung mit tiefer Rinne in der Mitte gebildet. Die ganze mittlere Partie des Penis war überall narbig entartet. Die obengenannte Öffnung an der unteren Fläche des Penis war stecknadelkopfgroß; sie führte in einen feinen, gewundenen Fistelgang. Bei der nachher unternommenen Operation wurde ein etwa $1^1/_2$ cm langes Stück der Urethra resecirt, so dass der übrig gebliebene, zwischen Orif. ext. und Nahtlinie gelegene Theil derselben nur etwas über 1 cm betrug.

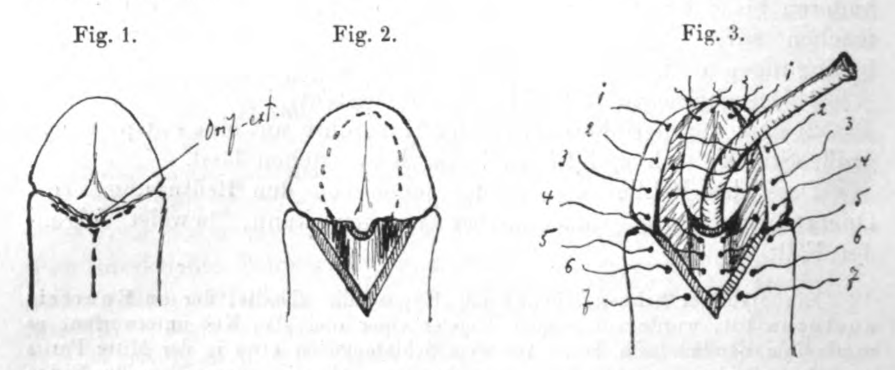
Es ist klar, dass in diesem und ähnlichen Fällen von der v. Hacker-Bardenheuer'schen Methode vollständig abgesehen

[1] New York med. journ. 1898. Januar. (Nur nach den Referaten mir bekannt.)
[2] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1.
[3] Centralblatt für Chirurgie 1898. No. 44.
[4] Ibid. 1899. No. 1.
[5] Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 7. Auflage.

werden muss; vor der Hand bleibt hier nichts Anderes übrig, als der Versuch, nach dem alten Modus eine neue Harnröhre in der Eichel herzustellen. Unter den diesbezüglichen Methoden kommt bekanntlich die Thiersch'sche am meisten in Anwendung. Dieselbe wurde auch in dem vorliegenden Falle gleich nach der Resektion der Urethra vorgenommen — missglückte aber vollständig.

Daher wandte ich einige Wochen später folgende Operation an, welche hier im Ganzen ein befriedigendes Resultat ergab.

Die Operation beginnt, wie bei der v. Hacker-Bardenheuer-schen Methode, mit einem Hautschnitt, welcher vom Orificium ext. urethrae längs derselben möglichst weit centralwärts geführt wird, und mit 2 seitlichen Schnitten, welche die Penishaut von der Eichel trennen (Fig. 1). Dann folgt Abpräparirung der Haut von der Urethra, so wie beiderseits von der unteren Penisfläche nach der Peniswurzel zu.



Der 2. Akt besteht in Bildung eines Schleimhautlappens aus der unteren Partie der Eichelsubstanz, welcher, an der Spitze der Eichel beginnend, parallel ihrer unteren Fläche mit einem scharfen Messer nach der Basis zu abgelöst wird (Fig. 2). Der Lappen muss möglichst breit und 1—2 mm dick sein.

An der Basis der Eichel angelangt, dringen wir weiter in die Tiefe und trennen die Harnröhre sammt ihrem Corpus cavernosum von der unteren Fläche des Penis im ganzen Bereich des Hautschnitts ab. Somit bilden wir einen Eichelsubstanz-Schleimhautlappen, dessen Stiel die Harnröhre mit ihrem Corpus cavernosum darstellt. Dieser Lappen dient uns zur Schleimhautauskleidung des neu zu bildenden Theils der Harnröhre.

Jetzt vertiefen wir die Eichelwunde in der Mitte mit einem entsprechend tiefen Längsschnitt; die dadurch gebildete Rinne dient zur Aufnahme des Schleimhautlappens, welcher derselben angelegt und an der Eichelkuppe mit 2—3 Nähten befestigt wird. Dann wird ein dünner Nélatonkatheter eingeführt (Fig. 3).

Nun folgt der letzte Akt der Operation — die Anlegung der Knopfnähte und Schließung der Wunde. Die Art und Weise, wie

dies geschieht, ist aus Fig. 3 ohne Weiteres klar. Dabei ist nur darauf zu achten, dass das distale Ende der ursprünglichen Urethra in den Bereich der Eichelsubstanz zu liegen kommt, was ja durch frühere Mobilisation der Harnröhre ermöglicht ist. Es ist wohl am besten, die Lage entweder dadurch zu sichern, dass man in die letzte Naht der Eichelsubstanz und in die darauf folgenden Hautnähte auch das Corpus cavernosum urethrae mitfasst, wie dies in der Fig. 3 angedeutet ist, oder aber, dass man nach dem Vorgang Bardenheuer's die Urethra für sich mit 2—4 Katgutnähten fixirt.

Somit wird bei dieser Methode eine Harnröhre gebildet, die vielleicht mit Ausnahme einer kleinen Stelle an der unteren Fläche (vor dem früheren Orif. ext.) durchweg mit Schleimhaut überkleidet ist. In dieser vollkommeneren und gleichmäßigeren Auskleidung des neu gebildeten Kanals besteht schon ihr Vortheil. Viel wichtiger aber scheint mir der Umstand zu sein, dass die Methode uns gestattet, den Locus minoris resistentiae, welchen die Gegend des Sulcus coronarius bildet, vollkommener als jede andere zu beseitigen bezw. zu verstärken. Dies lässt mich glauben, dass das von mir angewandte Verfahren geeignet ist, in den Fällen, wo die v. Hacker-Bardenheuer'sche Methode aus diesem oder jenem Grund sich unanwendbar erweist, dieselbe erfolgreich zu ersetzen.

---

1) **F. G. Burrows.** A study of leucocytosis associated with convulsions.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Mai.)

B. untersuchte das Blut von 7 Kranken während und nach Krampfanfällen. Vertreten waren verschiedene Formen des Blödsinns, allgemeine Paralyse, Katatonie, puerperale Eklampsie. Das Resultat seiner Untersuchung ist, dass Leukocytose nicht nur, wie schon früher nachgewiesen war, nach den Krämpfen der allgemeinen Paralyse, sondern auch nach anderen Krampfzuständen vorkommt. In dem Falle von Katatonie hatten die Konvulsionen einen hysterischen Charakter und verliefen zum Theil ohne Aufhebung des Bewusstseins. Der Grad der Leukocytose scheint in Beziehung zu stehen zur Schwere des Anfalls. Dabei kommen Schwankungen vor von 6000—50 000 Leukocyten im Kubikmillimeter.

Die vermehrte Muskelaktion bei den Krämpfen erklärt nur zum Theil die Vermehrung der weißen Blutzellen (physiologischer Antheil der Wirkung: alle Arten der weißen Blutelemente sind im gleichen Verhältnis vermehrt); als pathologisch sieht Verf. die Vermehrung an, welche besonders nach dem Krampfanfall sich findet und nur die polymorphonucleären Elemente betrifft.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

2) A. E. Taylor. Critical summary of the question of fatty degeneration.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Mai.)

1) Die physiologische Bildung von Fett aus Eiweiß ist bisher nicht nachgewiesen oder wahrscheinlich gemacht worden.

2) Auch unter pathologischen Verhältnissen ist die Entstehung von Fett aus Eiweiß noch nicht beobachtet worden.

3) Es besteht vielmehr Grund zu der Annahme, dass die Fettmetamorphosen und fettigen Infiltrationen auf Kosten von Kohlehydraten erfolgen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

---

3) H. Wolff. Über die Erhaltung der Kerntheilungsfiguren nach dem Tode und nach der Exstirpation und ihre Bedeutung für Transplantationsversuche.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIX. Hft. 2.)

Die Frage, wie sich die Karyokinese nach dem Ableben oder nach der Exstirpation von Organtheilen außerhalb des lebenden Organismus verhält, ist eine schon vielfach bearbeitete, nicht immer einheitlich beantwortete. Desshalb hat Verf. es unternommen, eine weitere Klärung zu versuchen und vor Allem zu untersuchen, wie lange nach dem Tode oder der Exstirpation in Objekten, die unter den verschiedensten Bedingungen gehalten werden, noch Mitosen anzutreffen sind. In dieser Hinsicht fand er, dass sowohl in normalen wie pathologischen Theilen menschlichen Gewebes vorhandene Mitosen so lange und unter günstigen Bedingungen noch länger nachweisbar bleiben, als es überhaupt möglich ist, die feinere Struktur der übrigen Gewebstheile noch zu erkennen. Dabei zeigte sich die Zahl und Art der Kerntheilungen in frischen und konservirten Präparaten völlig gleich.

Bezüglich der weiteren Frage, ob nach dem Tode oder der Exstirpation ein Ablaufen des begonnenen karyokinetischen Processes stattfindet, resp. ob noch neue Kerntheilungen stattfinden, fand W., dass ein Weiterschreiten des begonnenen Theilungsprocesses oder ein Neueintreten in denselben nicht statthat.

Auch in der Epidermis fand Verf. im Gegensatz zu Wentscher wohlerhaltene Mitosen, so dass er nach seinen Präparaten und Untersuchungen behaupten kann, dass von einem Ablaufen der Kerntheilung in der Epidermis eben so wenig wie in anderen Geweben die Rede sein kann.

Desshalb warnt Verf. davor, einige wenige Mitosen als histologischen Hauptbeweis für die Lebensfähigkeit resp. Anheilung einer Pfropfung anzusehen; denn nach seinen Untersuchungen sind einzelne Mitosen, auch wenn sie gut erhalten sind, nicht mehr als sichere Lebenszeichen zu betrachten. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

4) **K. Walz.** Über die angebliche baktericide Eigenschaft des Blutserums.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1899. No. 24.)

W. ist der Ansicht, dass die Annahme specifischer bakterientödtender Stoffe im Blut, die Alexintheorie Buchner's, so wie die Phagocytentheorie Metschnikoff's zur Erklärung der natürlichen Immunität des Körpers gegenüber den Bakterien nicht nöthig sei. Zahlreiche von ihm angestellte Versuche haben ergeben, dass einfache physikalische oder chemische Vorgänge, wie Plasmolyse, erschwerte Assimilation, osmotische Störungen, geringfügige Differenzen in dem Chemismus der lebenden Gewebe und Gewebssäfte genügen, um entwicklungshemmend zu wirken und den immunen Organismus zu einem ungeeigneten Nährboden zu machen.

Buchbinder (Straßburg i/E.).

5) **C. v. Eicken.** Über die Desinfektion inficirter Wunden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 2.)

Verf. wählte zu seinen Versuchen die Eiterkokken des Menschen. In Anlehnung an die Versuchsanordnung von Reichel wurde bei je 3 gleichen Thieren (Kaninchen) an der Innenseite des Humerus eine kleine Haut-Muskelwunde angelegt, mit Staphylokokkenreinkultur inficirt und zugenäht. Nach 24 Stunden wurden die Wunden eröffnet und dann, nach eventueller Spaltung der Weichtheile und theilweiser Excision der Subcutis, je bei einem Thier mit Karbolsäure, essigsaurer Thonerde und Kochsalzlösung ausgewaschen, tamponirt und feucht verbunden.

Ein Unterschied in der Einwirkung der verschiedenen Agentien ergab sich hierbei nicht; weder bei Anwendung von Desinficientien, noch von Kochsalzlösung wurde der dick-zähe Kanincheneiter völlig aufgesaugt; die rein physikalischen Maßnahmen, die Entfernung des in der Wunde sich ansammelnden Eiters, die Spaltung von Eitergängen und Abscessen erwiesen sich als von so überwiegender Bedeutung, dass Nutzen oder Schaden einer antiseptischen resp. aseptischen Wundbehandlung nicht mehr zu kontrolliren waren. Auch die vom Verf. an Eiterungsprocessen des Menschen angestellten Untersuchungen ergaben keinen sicheren Anhaltspunkt darüber, ob wir Antiseptica anwenden sollen oder nicht; auch hier schien es wesentlich auf gut resorbirende Verbände und genügend häufigen Verbandwechsel, also auf rein physikalische Momente, anzukommen.

Honsell (Tübingen).

6) **J. Gross** (Jassy, Rumänien). Beiträge zu den Wirkungen des Jodoforms.

Zürich, 1899. 28 S.

Von einigen ausführlich beschriebenen Versuchen über die Wirkung des Jodoforms auf lebende Zellen, die Verf. an Fröschen und

Menschen (frischen und alten granulirenden Wunden, Vesikatorstellen) vornahm, seien die Schlussfolgerungen kurz erwähnt: das abgespaltene Jod in statu nascendi wirkt verschieden auf lebende zellige Elemente, am meisten und am frühesten auf Leukocyten, Riesenzellen, epitheloide Zellen, auf deren Zerfallsprodukte etc.; eigenthümlich ist somit die Prädilektion der Jodwirkung auf sog. transitorische Gewebselemente.

Verf. bringt nichts Neues; bei der Zusammenstellung der wichtigsten Arbeiten über lokale und allgemeine Wirkung des Jodoforms vermisst man viele, so die von v. Stubenrauch, Hasler etc. (Ref.)

Gross (Straßburg i/E.).

---

7) **A. Lambotte.** Sur la suppression des fils perdus dans les sutures étagées.

(Annales d'Anvers 1899. Januar.)

L. ist von der Praxis, die Nähte bei Operationen kurz abzuschneiden, zu versenken oder in den Wunden stecken zu lassen, zurückgekommen. Er richtet die Nähte so ein, dass er die Fäden später bequem aus den Wunden herausziehen kann, weil er gefunden hat, dass die versenkten Nähte später zu oft Abscedirungen und andere Übelstände herbeiführen. Laparotomiewunden schließt er durch die fortlaufende Naht mittels doppelten Fadens und sichert die Enden desselben durch eingelegte Kautschukstücken. Ferner ist er zur Balkennaht und zur Naht in Form einer 8 zurückgekehrt. Bei Radikaloperationen der Brüche wendet er Knopfnähte an in der Art, dass er die Wundränder 2mal umsticht. Dadurch stellt jede Knopfnaht eine Art fortlaufende Naht mit nur einer Tour dar. Die Enden des Fadens knüpft er über Musselin zusammen.

L. verwirft das Katgut und giebt neben der Seide dem billigen Baumwoll- und Leinenfaden den Vorzug.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

8) **Berger.** Les opérations chez les aliénés.

(Méd. moderne 1899. No. 48.)

An der Hand einer Anzahl sehr interessanter und lehrreicher Krankengeschichten stellt B. für die operative Behandlung von Geisteskrankheiten folgende Indikationen auf. Zu verwerfen ist jeder operative Eingriff bei Geistesstörungen, die auf materiellen Hirnerkrankungen beruhen, wie bei der allgemeinen Paralyse; weiter bei der Hysterie, bei der der Symptomenkomplex einem so raschen Wechsel unterworfen ist, dass man vielleicht ein Symptom der Krankheit durch die Operation beeinflussen, niemals aber das weitere Fortschreiten des Leidens verhindern wird; ferner bei Neurasthenikern aus degenerirten Familien, welche die Symptomentrias der Wanderniere, Magenerweiterung und einer Genitalaffektion darbieten; eben so bei den Hypochondern, die über Spermatorrhoe, chronische Urethritis und Harnröhrenverengerung klagen, die von kaum wahrnehmbaren Hämorrhoiden und Varicellen

die ärgsten Beschwerden haben wollen. Anders, wo es sich um ein wirklich nachweisbares, materielles Leiden handelt, von dem man wohl annehmen kann, dass es den Geisteszustand nachtheilig beeinflusst und das einer erfolgreichen operativen Behandlung zugänglich ist, so besonders eine Anzahl von Affektionen der weiblichen Genitalien. Hier ist nicht das psychische Leiden, sondern die lokale Affektion als solche Indikation zum chirurgischen Eingriff, ihre Ausheilung aber übt auf jenes oft einen unverkennbar günstigen Einfluss; die Indikation zur Operation giebt einzig und allein das Vorhandensein und die Schwere einer lokalen, durch die Operation heilbaren, chirurgischen Affektion.

Simulirte oder wirkliche Operationen an einem gesunden Organ Zwecks Suggerirung der Heilung eines eingebildeten Leidens sind unter allen Umständen absolut verwerflich, da sie nie nützen, sondern das Leiden stets verschlimmern. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

9) V. Ascoli. Über die gegenwärtige Therapie des Tetanus, mit besonderer Berücksichtigung der subkutanen Karbolinjektionen (nach Baccelli).

(Bull. della R. Accad. med. di Roma 1897/98. Fasc. IV.—VIII.)

Verf. berichtet, im Anschluss an die früheren Mittheilungen aus der Baccelli'schen Klinik, über 3 neue Fälle von traumatischem Tetanus, die er nach der Methode des italienischen Klinikers mit Karboleinspritzungen behandelt hat; ein Pat. starb, die beiden anderen wurden geheilt. In dem zuletzt beschriebenen Falle wurden insgesammt 1504 cg Karbolsäure subkutan (mit 511 Injektionen) verabreicht; die Tagesmenge betrug in den ersten Tagen ca. 40 cg, später 72 cg (in 24 Stunden). Eine beigefügte Tabelle, auf welcher die Zahl der Anfälle, Puls, Temperatur, Respiration so wie die entsprechenden Dosen der injicirten Karbollösung graphisch angegeben sind, soll den Nutzen der eingeschlagenen Therapie ad oculos demonstriren. Die Inkubationszeit betrug in diesen Fällen 3—10 Tage. Verf. räth dringend, das von ihm empfohlene Heilmittel in großen Dosen anzuwenden; er selbst hat sich einer 3%igen Lösung bedient. Auch bei der größten Menge des injicirten Karbols (72 cg pro die) hat Verf. keine wesentlichen Vergiftungssymptome, insbesondere auch keine Albuminurie und keine Cylinder beobachtet. Die Männer sollen eine größere Dosis vertragen können als die Frauen und Kinder. Unter Umständen könnte auch ein Versuch gemacht werden mit tiefen Injektionen eines 10%igen Karbolöls (2—3mal am Tage). Den Haupttheil der Arbeit bildet eine auf umfangreiches statistisches Material aufgebaute Vergleichung der Karbolbehandlung mit der Serotherapie des Tetanus; hierbei werden die ausschlaggebenden Momente, wie Inkubationszeit, das klinische Krankheitsbild, Behandlung des primären Infektionsherdes etc., besonders berücksichtigt. Die beigefügten Tabellen enthalten 33 Fälle

von Tetanus, die nach Baccelli behandelt wurden, 47 mit Tizzonischen Präparaten behandelte, und 33, bei denen die Behring'sche Methode zur Anwendung kam. In der ersten Rubrik finden wir 1 Todesfall, in der zweiten 10, in der dritten 13. Verf. bespricht dann im Einzelnen die verschiedenen Formen des Tetanus neonatorum, puerperalis, athyrotus (ohne nachweisbare Eingangspforte), und endlich den Tetanus traumaticus. Der letztere ist naturgemäß der wichtigste, schon weil er der häufigste ist. Wir finden hier 38 nach Tizzoni behandelte Fälle (mit 4 Todesfällen), 31 nach Baccelli (1 Todesfall), 19 nach Behring (6 Todesfälle). Wenn man nur die »schweren Fälle«, ausgezeichnet durch kurze Inkubationszeit, rasche Entwicklung und Schwere der Symptome, berücksichtigt, so haben wir 8 nach Behring behandelte (6 Todesfälle), 8 nach Tizzoni (4 Todesfälle) und 8 nach Baccelli (1 Todesfall). Der Procentsatz der Heilungsfälle ist also, selbst bei kurzer Inkubation und rascher Entwicklung, erheblich größer nach der Baccelli'schen Methode als bei den anderen. Die als mittelschwer und leicht bezeichneten Fälle wurden nach jeder Methode geheilt.

In der theoretischen Begründung seiner Methode schließt sich Verf. im Wesentlichen der »Seitenkettentheorie« Ehrlich's an; die nervösen Centra sind es, die beim Tetanus vorzugsweise getroffen werden, indem hier das Gift eine chemische Bindung erfährt. Die Karbolsäure hat nun einerseits im Reagensglase einen zerstörenden Einfluss auf die Kulturen des Tetanusbacillus, andererseits erstreckt sich ihre Wirkung bei toxischen Dosen ebenfalls vorzugsweise auf die nervösen Centra; Verf. nimmt desswegen an, dass sie hier der Wirkung des Giftes entgegen arbeitet, dessen Bindung verlangsamt, vielleicht auch die Produktion des Antitoxins erleichtert. Zum Schluss weist Verf. darauf hin, dass neben der mehr oder weniger »specifischen« Behandlung des Tetanus auch die sonstigen Maßnahmen nicht zu vergessen sind: vor Allem ausgiebige Desinfektion der lokalen Wunde (Sublimat 2‰ Karbolsäure 5%, Jodoform, Arg. nitr. 1%), reichliche Ernährung und symptomatische Behandlung (Morphium, Chloral).

H. Bartsch (Heidelberg).

---

10) **M. A. Wasiliew.** Die Traumen der männlichen Harnröhre. I. Theil.

Berlin, **August Hirschwald,** 1899.

Die Seltenheit der Verletzungen der männlichen Harnröhre hat W. veranlasst, in eingehender Weise eine historische, anatomische und klinische Untersuchung dieser Verletzungsformen vorzunehmen. Der I. Theil der Darstellung behandelt auf 145 Seiten die Geschichte der Entwicklung der Frage von den Traumen und Strikturen der Harnröhre, anatomische und physiologische Untersuchungen, so wie im klinischen Theil die Schnitt- und Stichwunden der Harnröhre. — Ausführliche Litteraturverzeichnisse sind den einzelnen Kapiteln beigegeben.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

11) **H. Feleki.** Über die pathologische Bedeutung etlicher Entwicklungsanomalien der Harnröhre.

(Pester med.-chir. Presse 1898. No. 28—30.)

Verf. spricht im Besonderen über die angeborene Enge der äußeren Harnröhrenmündung. Die klinischen Erscheinungen scheiden sich scharf von denen erworbener Verengerungen. Es fehlt die »Sekretion« der Harnröhre, das Nachträufeln des Harns und die Inkontinenz. Die Ejakulation erfolgt zwar tropfenweise, doch ist dieselbe nicht schmerzhaft, und der Samen wird nicht zum Theil in die Blase getrieben. Dessgleichen fehlen die entzündlichen und kallösen urethralen und periurethralen Veränderungen, die Ähnlichkeit der Symptome ist nur in der Blasenerkrankung gegeben: Hypertrophie, Divertikelbildung, Lähmung.

Diese Ausführungen werden durch 3 Krankengeschichten belegt.

Für den Zweck der Erkenntnis solcher Fälle sei ein fester Begriff für die normale Weite des Orificiums nothwendig. Verf. giebt denselben nach eigenen Messungen wie folgt: Bei einem Penis von »normal scheinender Größe« ist ein Orficium als zu eng anzusehen, bei welchem Sonden unter Charrière 15 nicht eindringen können. Im Übrigen gilt das Verhältnis des Mitteltheils der Pars cavernosa zum Orificium ext. Überschreitet die Differenz dieser Lumina Charrière 10, so ist damit eine pathologische Enge festgestellt.

Neugebauer (M. Ostrau).

---

12) **Senn** (Chicago). The etiology and classification of cystitis.

(Internat. clinics Bd. II. Hft. 8.)

In diesem vor der Amerikanischen chirurgischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag bespricht Verf. in zusammenfassender Darstellung die modernen Anschauungen über die Ätiologie der Cystitis. Er weist darauf hin, dass jede Cystitis bakteriellen Ursprungs ist und zählt die einzelnen veranlassenden und prädisponirenden Momente auf. Bei der Diagnose hat man sowohl die pathologische Form — katarrhalische, eitrige, ulceröse, exsudative, exfoliative Cystitis —, wie die klinische — akute, chronische Cystitis —, wie die bakteriologische Form — Bacillus coli, Mischinfektion, Staphylokokken, Streptokokken, Typhusbacillen, Diplobacillen, Gonokokken, Tuberkelbacillen — genau festzustellen.

Krecke (München).

---

13) **E. K. Ikawitz.** Zur Frage von der Ätiologie, Diagnose und Therapie der Nephrolithiasis.

(Arbeiten der Gesellschaft russischer Ärzte, Moskau, 1899. [Russisch.])

Auf Grund von 6 Fällen (mit 3 Sektionen) kommt I. zum Schluss, dass der Nephrolithiasis immer eine Endonephritis (so möchte er die Entzündung der von Epithel bekleideten Innenfläche der Glomeruli, Kanäle und des Beckens nennen) voraus geht; die Steinbildung ist dann sekundär. Für die Frühdiagnose sind also alle diejenigen

Zeichen zu verwerthen, die auf eine Pyelitis hinweisen. Dann wendet sich I. gegen die von Strümpell und Senator aufgestellten Indikationen zum operativen Eingreifen (nur schwere Symptome, wo die Operation schon wenig verspricht) und räth den internen Kollegen, ihre Kranken dem Chirurgen möglichst früh zu überliefern.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

14) **M. Wilms.** Die Mischgeschwülste. Hft. 1: Die Mischgeschwülste der Niere.

Leipzig, **Arthur Georgi,** 1899. 90 S.

Die vorliegende Arbeit stellt das 1. Heft einer zusammenfassenden Bearbeitung der Lehre von den Mischgeschwülsten dar; das 2. Heft soll die Lehre von den Uterus- und Scheidenmischgeschwülsten, das dritte die von den Mischgeschwülsten der Kopfregion, besonders der Parotis und Parotisgegend, behandeln.

W. geht von der Thatsache aus, dass die von den verschiedenen Autoren nach dem Grundsatz »a potiori fit denominatio« als Carcinome, Sarkome, Adenome, Adenosarkome, Rhabdomyome, teratoide Mischgeschwülste etc. beschriebenen Geschwülste histogenetisch als einheitliche Geschwülste zu betrachten sind, in denen jeweils nur die eine oder andere Gewebsart überwiegend zur Entwicklung gelangt ist.

Dies drückt sich schon in der klinischen Erscheinung der in Rede stehenden Geschwülste aus: Sie betreffen fast sämmtlich das jugendliche Alter, vorwiegend die 3 ersten Lebensjahre. Im Gegensatz zu den Nierengeschwülsten der Erwachsenen fehlt hier die Blutung als Frühsymptom fast stets; das erste Zeichen der Erkrankung ist die rasch zunehmende Auftreibung des Leibes. Das Wachsthum der Geschwülste ist ein sehr schnelles, oft innerhalb weniger Monate zum Tode führend. Metastasen sind relativ selten. Fast immer sitzen die Geschwülste in der Niere selbst, obwohl die Nierensubstanz sich nicht an ihrem Wachsthum betheiligte; vielmehr wird dieselbe durch die wachsende Geschwulst bei Seite gedrängt, das secernirende Gewebe geht druckatrophisch zu Grunde, und das übrig bleibende Bindegewebe der Niere bildet eine Geschwulstkapsel, welche die Geschwulst von dem ihr gewöhnlich kappenartig aufsitzenden erhaltenen Nierengewebe trennt. Wuchert die Geschwulst ins Nierenbecken, so geschieht dies in zottenartiger, polypöser Form, entsprechend der Entwicklung der Neubildung von verschiedenen Centren aus.

Entsprechend dieser klinischen Zusammengehörigkeit der kindlichen Nierengeschwülste ist ihre histogenetische Einheit zuerst durch die Untersuchungen von Birch-Hirschfeld festgestellt worden, der sie unter dem Namen der »sarkomatösen Drüsengeschwülste« oder »embryonalen Drüsensarkome« zusammenfasste. Er führt ihre Entstehung mit Wahrscheinlichkeit auf eine Versprengung aus dem Wolff'schen Körper zurück.

Mit dieser Annahme ist nach der Ansicht von W. nur ein Anhaltspunkt für die Herkunft der drüsigen Elemente dieser Geschwülste gegeben, während die Frage nach der Herkunft der quergestreiften Muskulatur und dem öfters beobachteten Knorpelgewebe offen bleibt. W. selbst kommt auf Grund des Litteraturstudiums und der eingehenden Untersuchung von 7 einschlägigen Fällen zu folgender Auffassung von der Entstehung dieser Geschwülste:

Das Grundgewebe der Geschwülste ist ein indifferentes Keimgewebe, welches sich jeweils in den jüngsten Theilen der Geschwulst vorfindet und in seiner Zusammensetzung dem Schleimgewebe oder dem kernreichen embryonalen Bindegewebe entspricht. Neben der jungen spindel- oder sternförmigen Zelle und den sich bildenden jungen Gefäßen sieht man in diesem Keimgewebe kleine rundliche, durch intensivere Kernfärbung auffallende Zellen. Letztere sammeln sich allmählich in kleinen Haufen an, die sich durch weitere Wucherung vermehren, so dass die Geschwulst in diesem Stadium den Eindruck eines Rundzellensarkoms von alveolärem Bau macht. Nun schreitet innerhalb der Alveolen sowohl, wie innerhalb des Stromas, die Differenzirung weiter fort. Die runden Zellen, die innerhalb der Alveolen in einem feinen Maschenwerk liegen, ordnen sich auf den feinen Zügen des letzteren reihenweise oder auch um eine kanalartige Bildung radiär an, nehmen dabei immer mehr epithelialen Charakter an und können sich endlich zu einem ein- oder mehrschichtigen Drüsenepithel umwandeln. Während sich diese Entwicklung in den jüngeren Geschwulstabschnitten, wo noch indifferentes Keimgewebe vorhanden ist, immer wieder von Neuem vollzieht, wuchern auch die fertigen adenomatösen Schläuche für sich weiter und bilden cystische Anlagen oder längere Kanäle. — Unterdessen geht auch das Stromagewebe mannigfache Umwandlungen ein: es erscheinen in demselben elastische Fasern, ferner Züge von glatter Muskulatur mit langer spindeliger Zellform, dann aber schöne quergestreifte Muskelfasern, deren Entwicklung aus lockerem Schleimgewebe sich Schritt für Schritt verfolgen lässt. Diese treten nicht etwa an einer Stelle der Geschwulst auf, sondern an den allerverschiedensten, ohne Zusammenhang mit einander. Endlich finden sich in einzelnen Geschwülsten Fettzellen und Knorpelbildungen vor, die sich ebenfalls sicher auf das ursprüngliche Keimgewebe zurückführen lassen. — Wenn die Stützzellen innerhalb der Alveolen nicht nur das Wachsthum der Epithelien begleiten, sondern für sich weiter wuchern, so kommt es zur Entwicklung eines Spindelzellengewebes, welches völlig einem Spindelzellensarkom von angiosarkomartigem Wachsthum gleicht.

Wenn W. sonach aus der ununterbrochenen Entwicklungsreihe der Bilder es für bewiesen erachtet, dass einerseits aus den so wenig differenten Zellen des Keimgewebes die ganze Serie der Bindegewebs- und Muskelformationen sich herauszubilden vermag, und dass andererseits die drüsigen Elemente auch von gewissen Zellen des Keimgewebes abstammen, so fragt es sich, welches Gewebe, vom

entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt betrachtet, fähig ist, so verschiedene Formationen hervorzubringen. Nach W. ist diese Frage dahin zu beantworten, dass den — stets angeborenen — Keim der Geschwülste Zellen bilden, welche die Fähigkeit der Ursegment- und Urnierenblastenbildung noch in sich vereinigen, und das sind die mesodermalen Zellen der Urnierengegend; die Nierenmischgeschwülste sind also mesodermale Geschwülste.

Den Schluss der interessanten Arbeit bildet eine kurze Betrachtung über das Verhältnis der behandelten Geschwülste zu anderen Nieren- und zu den Hodengeschwülsten. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

15) **Forlanini.** Note di terapia col rene succentoriato.

(Gazz. med. di Torino 1899. No. 27.)

Die Nebennierensubstanz hat einen ausgesprochenen Einfluss auf Herz und Gefäße, indem sie in kürzester Zeit die Arterien zur Kontraktion anregt und den Blutdruck steigert. Während bei Thieren die endovenöse Injektion allein wirksam ist, genügt beim Menschen die subkutane Verwendung. Verwendung findet die Substanz bei Kompensationsstörungen, gegen die Herzerscheinungen bei infektiösen Erkrankungen (speciell studirte F. die Verwendung beim Typhus und der Myokarditis in Folge von Typhus). Die Wirkung geht rasch vorüber, ist auch nicht ungefährlich, da bei anatomischen Veränderungen des Herzmuskels schon bei kleineren Dosen Unregelmäßigkeit und Beschleunigung des Pulses auftreten kann. An der Stelle der subkutanen Injektion entsteht für 2—4 Stunden durch Arterienkrampf ein weißer Fleck, doch sah F. nie, wie berichtet wird, daraus Gangrän folgen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

16) **Sasse.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Torsion des Samenstrangs.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIX. Hft. 3.)

Es sind im Ganzen bisher nur 18 Fälle von Torsion des Samenstrangs bekannt, zu denen Verf. einen selbst beobachteten neuen hinzufügt, der durch Einklemmung des Hodensacks bei schon an sich abnormen Testikeln zwischen die Oberschenkel entstanden war. Der nekrotische Hode wurde mit einem Stück des Funiculus spermaticus resecirt. An dem Präparat ließ sich deutlich die scharfe Knickung der Gefäße nachweisen.

Zum Zustandekommen einer Torsion des Samenstrangs bedarf es mehrerer Anomalien. Es muss sich um einen unvollkommen befestigten, gestielten Hoden und Samenstrang handeln, und ferner muss ein genügend weiter Peritonealsack (Cavum vaginale) vorhanden sein. Der Processus vaginalis kann dabei offen bleiben oder auch sich schließen. Das letztere ist aber meist der Fall. Die Stielung des Hodens ist oft mit mangelhaftem Descensus oder Kryptorchismus

verknüpft; dagegen ist in dem vorliegenden Falle davon keine Rede, eben so wenig wie in 2 anderen Fällen von Enderlen und Nash.

Die Veranlassung zur Torsion ist natürlich immer ein Trauma.

Die Symptome der Krankheit sind anfänglich sehr heftiger Art, bestehend in starker Schmerzhaftigkeit mit Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden, Übelkeit, Erbrechen und Ohnmachtsanwandlungen. Die Winde und der Stuhlgang können dabei sistiren. Nach 1 bis 2 Tagen aber tritt merkwürdigerweise ein relatives Wohlbefinden auf. Es liegt bei der Seltenheit des Leidens nahe, dass es häufig nicht erkannt wird. Verwechslungen mit einem eingeklemmten Bruch sind am wahrscheinlichsten, solche mit Entzündung des Processus vermiformis im Bruchsack auch schon öfters vorgekommen.

Die Therapie würde bei frühzeitiger Erkennung in Redression bestehen. Da schon nach kurzer Frist, ca. 22 Stunden, der Hode nekrotisch wird oder doch mindestens der Atrophie verfällt, hält S. es für das Zweckmäßigste, bei länger bestehender Krankheit den Hoden zu exstirpiren.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

17) **Kayser.** Über Hodensarkome.

(Mittheilungen aus den hamburgischen Staatskrankenanstalten 1899.)

Es ist bis heute nicht gelungen, ein histologisch umgrenztes, allgemein anerkanntes Bild des Sarcoma testis zu entwerfen. Nach der von Klebs vom morphologischen Gesichtspunkt aus gegebenen Eintheilung, welche auch Kocher angenommen hat, unterscheidet K. 2 große Gruppen von Hodensarkomen:

1) das Spindelzellensarkom,

2) das Rundzellensarkom.

Ätiologisch kommen für die Entstehung von Hodensarkomen in Betracht hauptsächlich Traumen, wie Stoß, Quetschung, Fall, ferner unvollständiger Descensus testis, indem die Hoden, welche bei ihrer Wanderung sich zwischen die Bauchwandungen lagern, weniger die vollständig im Bauchraum zurückgehaltenen oder die aus dem Leistenkanal herausgetretenen, besondere Neigung zur Geschwulstbildung zeigen. Endlich kann sich als Metastase einer an einem anderen Ort lokalisirten Sarkomerkrankung ein Hodensarkom entwickeln. Beide Hoden erkrankten statistisch gleichmäßig. Eine gleichzeitige Erkrankung beider Hoden hat K. nicht beobachtet. Das klinische Bild ist charakteristisch. Es bildet sich, meist aus unbekannter Ursache, eine Verhärtung des Hodens, welche weder Schmerzen verursacht noch das Allgemeinbefinden wesentlich beeinflusst, plötzlich jedoch ein rapides Wachsthum zeigt und in den meisten Fällen in kürzerer oder längerer Zeit unter metastatischer Erkrankung lebenswichtiger Organe zum Tod führt.

Im Gegensatz zu carcinomatösen Erkrankungen ist das Aussehen der Kranken ein auffallend gutes, so lange nur der Hoden erkrankt und die Metastasenbildung noch im Beginn ist: mit einem Schlage ändert sich dies jedoch, sobald lebenswichtige Organe ergriffen werden.

Die Lymphdrüsen der Leistengend werden erst spät inficirt, frühzeitig dagegen die retroperitonealen. Differentialdiagnostisch sprechen für das Sarkom demnach folgende Momente: Alter zwischen 30 und 40 Jahren, jedenfalls diesseits des 41. Lebensjahres; rasches Wachsthum einer im hinteren Theil des Hodens oder im Nebenhoden ohne Ursache oder nach Trauma entstandenen Anschwellung; glatte Oberfläche der Geschwulst im Gegensatz zu der höckrigen eines Carcinoms; Miterkrankung des Nebenhodens und der Scheidenhäute in Form der Hydrocele oder Hämatocele; keine Schwellung der Inguinaldrüsen; kein krankhaft verändertes Aussehen, so lange nicht Metastasen in den retroperitonealen Drüsen, den Lungen, der Leber und dem Gehirn nachweisbar sind, bezw. bestehen; keine vorausgegangene gonorrhoische Hodenentzündung und Syphilis. Die primäre Entstehung der Geschwulst im Nebenhoden, welcher vom Carcinom primär nie befallen wird, und die Hautmetastasen sind, wenn sie zur Beobachtung kommen, diagnostisch besonders wichtig.

Die Prognose ist außerordentlich ungünstig. Von 21 Fällen lebten 2 Patt. noch nach 8 resp. 17 Jahren in völligem Wohlbefinden, während 16 an den Folgen ihrer sarkomatösen Hodenerkrankung sicher zu Grunde gegangen sind. Auffallend ist, dass bei einer Anzahl von Fällen nach einem geringfügigen ärztlichen Eingriff ein rapides Wachsthum der vordem nur langsam wachsenden Geschwulst erfolgt, und in einer anderen Reihe von Fällen nach der vorgenommenen Kastration eine rasche Ausbreitung der Geschwulstkeime und raschester Kräfteverfall eintritt. Trotz dieser außerordentlich schlechten Operationsresultate soll man nicht auf eine Operation des Hodensarkoms an sich verzichten; sobald aber eine zu weit gehende, nicht vollständig zu entfernende Gewebserkrankung vorliegt oder eine Metastase nachweisbar ist, ist von einer Operation des Hodensarkoms abzusehen.

F. Hansen (Herborn).

---

18) **W. F. V. Bonney.** The after-treatment and post-operative complications of coeliotomy for pelvic diseases in women.

(Lancet 1899. August 5.)

Verf. bespricht an der Hand eines reichen Materials — jährlich zwischen 200 und 300 Fälle — die Nachbehandlung und die während dieser auftretenden Komplikationen der Operationen an den weiblichen Beckenorganen. Unkomplicirte Fälle werden nach den allgemein gültigen Principien behandelt. Am 1. Tage wird keine Nahrung, am 2. Nährklystier und dann flüssige Nahrung oft und in kleinen Portionen gegeben, vom 4. an leicht verdauliche Speisen; an diesem Tage erhalten die Patt. am Morgen ein Seifenwasserklystier, am 14. Tage stehen sie auf.

6 Stunden nach der Operation wird katheterisirt und dies, so lange nöthig, in 6-stündlichen Intervallen wiederholt. Gegen Windverhaltung empfiehlt Verf. Auswaschungen des Mastdarms mit Borsäure oder dünnen Terpentinlösungen. Der Beobachtung des Pulses

zollt B. die gebührende Würdigung. Auswaschen der Bauchhöhle erhöht die Pulsfrequenz auf 1—2 Tage. Die Zeit höchster Pulsfrequenz soll sich nicht über 12 Stunden nach der Operation erstrecken und 120 nicht überschreiten. Erhöhte Pulsfrequenz nach dieser Zeit ist von schlimmer Bedeutung. Temperatursteigerungen unmittelbar nach dem Eingriff sind gewöhnlich, oft steigt die Temperatur in den nächsten 12 Stunden noch, um dann in 3—4 Tagen zum Normalen zurückzukehren; oft bleibt die Temperatur über eine Woche lang hoch. Subnormale Temperaturen bedeuten Chok oder Hämorrhagie. Temperatursteigerungen in Folge nervöser Aufregungen kennzeichnen sich durch den sie begleitenden vollen, harten Puls. Auftreibung des Bauches kann Magenlähmung, Darmlähmung, Darmverschluss oder Peritonitis zur Ursache haben. Bei genereller Darmparese ist der Bauch weich, keine lokale Druckempfindlichkeit. Keine Puls- und Temperaturstörungen im Anfang vorhanden; indessen stellt sich früh Erbrechen ein. Häufige hohe Klystiere und Einlegen eines Darmrohrs versuchte B. in diesen Fällen. Darmverschluss zeigt lokale Schmerzhaftigkeit, der Bauch ist prall aufgetrieben, der Puls nimmt an Frequenz zu und die Temperatur steigt rasch an. In 90% ist der Ort des Darmverschlusses die Flexur, meist ist der Verschluss kein totaler, so dass noch kleine Kothmassen und Winde abgehen. Dieser Umstand erschwert oft die Diagnose, so dass die Kolotomie meist keine Rettung mehr bringt.

Morphium giebt B. nur in den ersten 24 Stunden, und auch dann nur ausnahmsweise.

Hämorrhagie und Chok zeigen kleinen beschleunigten Puls, oft über 140, Lippen und Gesicht sind blass, das Gesicht kalt. Chok bessert sich manchmal, Hämorrhagien zeigen fortschreitend schlechteres Befinden des Pat., Excitantien machen diesen Unterschied noch deutlicher.

Pat. mit Blutungen sind unruhig, solche mit Chok ruhig, bei der Hämorrhagie ist die Athmung tief, oft seufzend, beim Chok oberflächlich und rasch. Dämpfung in der Fossa iliaca ist oft bei Hämorrhagie nicht nachzuweisen, da die Darmschlingen auf dem Blut flottiren; eine Dämpfung, durch andere Ursachen verursacht, kann eine Hämorrhagie vortäuschen. Ein sicheres Zeichen ist Fluktuation im Douglas.

Bei der Hämorrhagie ist die einzig richtige Therapie die Versorgung des blutenden Gefäßes, dann die Infusion. B. warnt mit Recht davor, Infusionen zu machen, ohne vorher das blutende Gefäß gesichert zu haben, eine Mahnung, die bei jeder Infusion bedacht werden sollte, deren Indikation Anämie ist.

Wird das blutende Gefäß nicht gefunden, so soll ein Assistent bei offener Bauchwunde die Infusion machen. Die Erhöhung des Blutdrucks wird eine erneute Blutung verursachen, indem sie entweder den in der Lichtung steckenden Thrombus herausspült oder das kollabirte Gefäß wieder zum Klaffen bringt. Dann kann die

Blutung mit Sicherheit gestillt werden. Von Seiten der Lungen können Ätherbronchitis, Embolien (2 genesene) und septische Pneumonie den Verlauf stören.

Hämatome der Bauchwunde werden ausgeräumt, kleine der Granulation unter Jodoform überlassen, große von Neuem genäht.

Harnverhaltung kann durch Nierenchok oder Harnleiterverletzung verursacht sein; es ist wichtig, den Harn auf Blut zu untersuchen. Nierenchok wird durch reichliche Flüssigkeitsaufnahme, Schröpfköpfe auf die Nierengegend, Heißluftbäder, Pilokarpin günstig beeinflust.

Am Ende der 2. Woche findet sich im sauren Harn manchmal etwas Eiter; man findet dann in demselben Bacterium coli oder Eitererreger; später wird dann der Harn alkalisch und enthält auch den Micrococcus ureae. B. hält das für eine infektiöse Entzündung, die von der Operationsstelle aus langsam von außen nach innen wandert.

Als Therapie dafür empfiehlt B. Salol. Thrombose der Femoralis tritt meist zwischen 11. und 13. Tage ein. Sie betrifft viel häufiger das linke Bein als das rechte. Verf. erklärt sie aus einer Allgemeininfektion, die an einem Ort geringerer Widerstandsfähigkeit manifest geworden ist.

Entzündliche Ergüsse ins Becken treten meist am Ende der 2. Woche auf; sie sind begleitet von häufigen und schmerzhaften Harnentleerungen. Sie gehen häufig bei absoluter Ruhe in kurzer Zeit zurück. Fluktuation im Douglas indicirt die Eröffnung. Die Prognose dieser Komplikation ist eine gute.

Als letzter Komplikation wird der Parotitis gedacht, deren schwerste Formen Unterbindung der Parotitis communis erfordern können.

Bei älteren Individuen mit Herz- und Gefäßerkrankungen beschreibt B. einen Zustand, den er »remote shok«, Chok aus unbekannter Ursache, nennt. Am Tage nach der Operation haben derartige Individuen beschleunigten, vollen, schwellenden Puls, die Augen glänzen, die Pat. sind aufgeregt, befinden sich in subjektiver Euphorie. Sie sind unruhig und schlaflos. Am anderen Tage ist der Puls frequenter und weicher geworden, Pat. ist verwirrt, phantasirt. Unter Zunahme der Symptome erfolgt in fast allen solchen Fällen der Tod.

Die Sektion giebt keine genügende Erklärung.

B.'s Arbeit bedeutet eine reiche Vermehrung unserer Erfahrungen auf diesem Gebiet; sie ist die Frucht eingehender Beobachtung eines reichen Materials und verdient von Jedem, der derartige Fälle nachzubehandeln hat, studirt zu werden. **W. Scheffer** (London).

Kleinere Mittheilungen.

19) **Poelchen.** Universal-Operations- und Untersuchungstisch.

(Ärztliche Polytechnik 1899. Mai.)

P. hat aus Eisen einen seit 1894 erprobten Tisch hergestellt, der alle bisherigen Möbel dieser Art dadurch bei Weitem übertrifft, dass er den möglichst kleinsten Raum einnimmt, in jedes noch so kleine Zimmer hineinpasst, alle Hoch- und Tieflagerungen in bequemster Weise ermöglicht, leicht desinficirbar ist und an Solidität nichts zu wünschen übrig lässt. Preis 120 ℳ. Verfertiger Schlosser Max Börner in Zeitz. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

20) **F. Grimm.** Zur Behandlung und Pflege bei weiten Fisteln von Hohlorganen und bei Inkontinenz.

(Ärztliche Polytechnik 1899. Mai.)

An Stelle der vielfach gebräuchlichen Gummiballtampons bei Darmfisteln u. A. wendet G. einen Schlauch von Condomgummi an, der um ein blind endigendes Röhrchen so befestigt wird, dass er über und unter einer seitlichen Öffnung des Röhrchens luftdicht anschließt. Im schlaffen Zustand in den zu dichtenden Raum geführt, wird der Schlauch nun mit Luft gefüllt und schließt die Fistel nun dicht ab, ohne derselben die üblichen Nachtheile, wie Zerrung, Erweiterung etc., zu bringen. 4 Abbildungen im Original erläutern die Anwendung.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

21) **R. Petit und U. Guinard.** Deux cas de tuberculose musculaire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Juni.)

Die Verff. untersuchten in 2 Fällen von Muskeltuberkulose die histologischen Veränderungen und schließen sich im Großen und Ganzen der auch von Lantz und de Quervain vertretenen Auffassung an, dass die Tuberkulose der Muskeln sich im interstitiellen Gewebe abspielt. Die Destruktion der Muskelfasern geschieht durch specielle, Myophagen genannte Zellen, welche aus dem Sarkoplasma hervorgehen, in die Interstitien zwischen den Fibrillen Fortsätze schicken und die Muskelzelle allmählich verdauen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

22) **G. Pieraccini** (Florenz). Noch ein Fall von Tetanus traumaticus, durch Karbolinjektionen geheilt.

(Policlinico 1899. Februar.)

Ein 30jähriger Bauer hatte sich einen Dorn in die Fußsohle eingetreten, den er 3 Tage nachher extrahirte. 9 Tage nach dieser Operation brach der Tetanus (Trismus, Spasmen, Muskelstarrheit etc.) aus. Die Intensität der Erkrankung war nach der Beschreibung eine ziemlich schwere. Die Therapie bestand in subkutanen Karboleinspritzungen (nach Baccelli), und zwar wurden in den ersten Tagen 10 cg Acid. carbol. (in wässriger 2%iger Lösung) verabreicht, in den folgenden weniger. Die Anfälle nahmen bereits am Tage nach den ersten Injektionen beträchtlich an Zahl ab. Diese Abnahme ging regelmäßig weiter, und bereits am 6. Tage blieben die eigentlichen Anfälle aus. Am 8. Tage begann der Kranke die Glieder zu bewegen, am 12. verließ er das Bett. Nach 28 Tagen wurde er geheilt entlassen. Die Besserung hat sich nach Angabe des Verf. in unzweifelhafter Weise jedes Mal an die vorgenommene Behandlung angeschlossen.

H. Bartsch (Heidelberg).

23) **Haberling.** Zur Tetanusbehandlung mit Antitoxin.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 2.)

Verf. theilt 2 mit Behring'schem Antitoxin behandelte Tetanusfälle aus der Garrè'schen Klinik mit. Der erste zeigte bei der Aufnahme ein so schweres Krankheitsbild, dass der Tod nahe bevorzustehen schien. Noch innerhalb der ersten 36 Stunden nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen wurden 500 Gewichts-

einheiten, in den nächsten 2 Tagen nochmals je 25 ccm flüssigen Antitoxins = 250 Gewichtseinheiten injicirt. Die Besserung und schließliche Heilung erfolgte allmählich, und noch nach längerer Zeit traten schwere Verschlimmerungen ein. An dem günstigen Ausgang dürfte nach Verf.'s Überzeugung neben den angewandten Narkoticis das Antitoxin Antheil haben. Der 2. Fall kam erst relativ spät zur Injektion, eine ausgesprochene Heilwirkung des Antitoxins konnte hier nicht festgestellt werden.

Im Ganzen sind bisher 42 Fälle von Tetanus, die mit Behring'schem Serum behandelt wurden, veröffentlicht worden. 10 derselben, welche noch keine statistische Verwerthung gefunden hatten, werden kurz mitgetheilt. Aus der bisherigen Kasuistik bindende Schlüsse auf den Werth des Mittels zu ziehen, hält H. mit Rücksicht auf vielfache Ungenauigkeiten in den Mittheilungen, so wie die Verschiedenheiten der einzelnen Fälle nicht für erlaubt; immerhin ist eine weitere Anwendung des Antitoxins neben Narkoticis schon mit Rücksicht darauf zu empfehlen, dass in akuten Fällen mit ungünstiger Prognose mit demselben ein Heilerfolg von 43,5% erzielt worden ist. Die Darreichung soll möglichst rasch und in desto größeren Dosen erfolgen, je ungünstiger der Fall liegt. Intravenöse Injektionen wirken nicht besser als subkutane, intracerebrale sind zu verwerfen, dagegen empfiehlt es sich, möglichst große Mengen zu injiciren. **Honsell** (Tübingen).

24) Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für das Jahr 1897, herausgegeben von G. Marwedel (mit einem Vorwort von Prof. Dr. V. Czerny).

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Suppl.-Hft.)

Der Jahresbericht über die Heidelberger chirurgische Klinik macht Mittheilung über 2390 stationäre und 5304 ambulant behandelte Kranke. Im allgemeinen Theil (stationäre Klinik) finden sich u. A. Angaben über die Krankenbewegung in den einzelnen Monaten, Übersichten über die Operationen (1717, darunter 210 Laparotomien), die Narkosen und Todesfälle des Jahres, so wie eine vergleichende Operationsstatistik über die letzten 17 Jahre. Im speciellen Theil ist das Material übersichtlich nach Körperregionen eingetheilt, von den wichtigeren Fällen werden kurze Krankengeschichten wiedergegeben.

Unter 2152 Krankheitsfällen finden sich 324 Verletzungen (29 Schusswunden, 126 Knochenbrüche, 9 Verrenkungen). Von 949 Fällen mit entzündlichen Processen betreffen 193 akute Eiterungen; 2 Fälle von schwerem Wundstarrkrampf wurden erfolgreich mit Behring'schem Antitoxin behandelt. Tuberkulose bildete mit 629 Fällen mehr als den 4. Theil aller überhaupt behandelten Krankheiten. Bei Gelenktuberkulosen und gewissen kalten Abscessen wurde womöglich eine konservative Behandlung (Jodoforminjektionen, fixirende Verbände) vorausgeschickt. Injektionen von Orthokresol und Koch'schem Tuberkulin R wurden versucht, aber wieder verlassen. Von den Geschwülsten erwies sich etwa ein Drittel (122) als gutartig, 198mal handelte es sich um Carcinome, 74mal um Sarkome. Bei 15 der bösartigen Geschwülste, bei welchen eine radikale Entfernung nicht möglich schien, wurde der Versuch gemacht, durch Ausschälung der Geschwulstmassen mit dem scharfen Löffel und nachfolgende Chlorzinkätzung dem Weiterschreiten der Geschwulst Einhalt zu thun (1 Heilung); in 6 anderen Fällen von inoperablem Sarkom kamen Injektionen von Coley'schem Serum resp. Streptokokkensterilisat in Anwendung, ohne einen dauernden Erfolg zu erzielen. Eine Streptokokkenimpfung bei Sarkomrecidiv hatte ein tödlich verlaufendes Erysipel zur Folge. Der Bericht über die ambulatorische Klinik bringt Zusammenstellungen über die zur Beobachtung gelangten Knochenbrüche, Verrenkungen, Brüche und Kröpfe, die ausgeführten Narkosen und operativen Eingriffe. **Honsell** (Tübingen).

25) G. Gayet. Note sur l'anurie de sécrétion posttraumatique.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. März.)

Der Fall, welcher G. zu Betrachtungen über die reflektorische Anurie anregt, betrifft einen 31jährigen Arbeiter, welcher durch ein 800 Liter enthaltendes Fass ,das

auf ihn stürzte, einen Beckenbruch davongetragen hatte. Nachdem die Urinsekretion 2 Tage lang nach dem Unfall normal gewesen, hörte sie plötzlich vollkommen auf. Der Tod erfolgte nach 8 Tagen. Bei der Autopsie fand sich ein doppelseitiger Beckenbruch, Pneumonie, Hämatome um die Blase, die Harnleiter, die Nieren, und in beiden Nieren eine subakute interstitielle Nephritis. G. glaubt, dass nicht der traumatische Chok unmittelbar die Anurie hervorgebracht hat, sondern wegen des freien Intervalls eine sekundäre, allmählich wirkende Ursache. Er nimmt an, dass der Bluterguss der Beckenfraktur, der sich allmählich bis hinauf zum Zwerchfell verbreitete, die peripheren Ganglien der periureteralen Nerven und die Vasodilatatoren der Nieren selbst komprimirte. Dass sich die Nieren von diesem nervösen Chok nicht mehr erholten, hat nach G. seinen Grund in der interstitiellen Nephritis, deren Beginn schon jahrelang zurückdatirte.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

26) **M. Dobrovits.** Tuberculosis penis in Folge ritueller Circumcision.

(Pester med.-chir. Presse 1899. No. 23.)

Dem Verf. sind 7 Fälle von Infektion durch Tuberkulose der Präputialwunden bekannt geworden als Folge des rituellen Aussaugens durch den tuberkulösen Beschneider. **Neugebauer** (M. Ostrau).

27) **Brun.** Calcul vésical chez l'enfant. Radiographie.

(Presse méd. 1898. No. 23.)

Verf. führt ein sehr instruktives Röntgenbild vor, welches einen großen Stein mitten in der Apertur des Beckens zeigt. Es handelte sich um einen $5^1/_2$jährigen Knaben. Der Stein war 30 mm lang, 25 breit und 11 dick, wurde durch Sectio alta entfernt; er bestand aus phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia, war aus regelmäßig um einen Kern von Harnsäure herum angeordneten Schichten und Schalen zusammengesetzt. Die Radiographie ist desshalb so gut gelungen, weil der Knabe mehr eine abdominale Lage der Blase hatte. Die Deutlichkeit des Steinschattens bestätigt die Versuche von Buguet und Gascard (Presse méd. 1898 No. 41, ref. Centralblatt für Chirurgie 1898 p. 553) über die verschiedene Durchlässigkeit der Konkremente gegenüber Röntgenstrahlen. **Tschmarke** (Magdeburg).

28) **E. Martin.** A propos d'un calcul de cystine dans la vessie chez un enfant; examen radiographique, taille sus-pubienne.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1899. No. 5.)

$3^1/_2$jähriger Pat.; das Vorhandensein eines Steins mittels Metallkatheters so wie photographischer Aufnahme mit Röntgenstrahlen konstatirt (die beigegebene Abbildung zeigt den Stein seht deutlich). Sitz, Volumen und Form des Steins präcis radiographisch.

Cystinsteine sind bei Erwachsenen selten, noch mehr bei Kindern; sie sind von gelb-grünlicher Farbe, relativ leicht, glatt an der Oberfläche, auf dem Durchschnitt von seifigem Gefühl.

Als Entstehungsursache nehmen die Einen Ernährungsstörungen, die Anderen (Baumann) Ptomaine im Urin, besonders Kadaverin, Putrescin und andere specifische Bakterienprodukte an.

Die Therapie ist der Blasenschnitt, der auch im vorliegenden Falle zur Heilung führte. **Kronacher** (München).

29) **A. Brun.** Étude d'un calcul de cystine.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1899. No. 5.)

Verf. hat den von Martin extrahirten Blasenstein auf seine physikalischen und chemischen Eigenschaften untersucht. Das spec. Gewicht des Steins entfernt sich wenig von dem des reinen Cystins — 1,72 : 1,58. Erhitzt, schwärzt sich die Masse, nimmt einen specifischen Geruch an, doch nicht nach schwefliger Säure. Die 2—3 mm dicke, periphere Schicht des Steins besteht vorwiegend aus phosphorsaurem Ammoniak, Magnesia und neutralem phosphorsaurem Kalk. Der sich in

späten Stadien bildende stinkende und ammoniakale Harn bildet diese Phosphate. Die mittlere Schicht lässt deutlich ihre optischen Eigenschaften bestimmen, die Krystalle sind hexagonal. Durch Lösung in Ammoniak wird das Cystin vom Phosphor getrennt. Die hexagonale Form des Cystins, seine Löslichkeit in Säure und Alkali genügen zur Diagnose. Der verhältnismäßig hohe Gehalt des Cystins an Schwefel ist für den Eiweißzerfall bemerkenswerth. Dieser Körper ist evident das Resultat einer inkompleten Oxydation — ungenügend zerstörtes Eiweiß.

Kronacher (München).

30) **X. Delore et A. Carrel.** Hydronéphrose congénitale double; malformations de l'orifice urétéro-vésical droit.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. April.)

Der 34 Jahre alte, bis dahin gesunde Pat. spürte plötzlich im Anschluss an eine heftige Brechbewegung Schmerzen in der rechten Lendengegend; ferner trat Fieber (39°), schneller Puls, blutiger und stinkender Urin, allgemeiner Verfall auf. Eine sofort ausgeführte Incision förderte stinkende, mit Gasen durchsetzte Flüssigkeit und Eiter zu Tage. Bei der Autopsie fand sich eine doppelseitige Hydronephrose; der rechte Harnleiter ist auf Darmdicke erweitert. Am vesikalen Ende findet sich im aufgeschnittenen Harnleiter eine weiche, runde, 6—7 cm lange Geschwulst, welche eine Invagination der Blasenwand in den Harnleiter darstellt. Will man von der Blase her in den Harnleiter vordringen, so fängt sich der eingeführte Finger in dem intra-ureteralen Divertikel, dessen Wand gebildet wird durch Aneinanderlagerung der Blasen- und Harnleiterschleimhaut. Die akute Phlegmone war durch Bersten des rechten Nierensacks entstanden.

Die Verff. nehmen neben der doppelten angeborenen Hydronephrose eine angeborene Anomalie des rechten Orificium uretero-vesicale an.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

31) **Jerosch.** Zur Kasuistik der Nierenechinokokken. Ein Fall von vereitertem und durch Nephrektomie geheiltem Nierenechinococcus.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1899.

Den ihm aus der Litteratur bekannt gewordenen 11 Fällen von Nierenechinococcus ohne feste Diagnose vor der Operation fügt Verf. 2 Beobachtungen aus der Greifswalder chirurgischen Klinik hinzu.

Im 1. Falle (mit stark eitrigem Urin) wurde die große, fluktuirende Geschwulst für eine Hydro-, bezw. Pyonephrose gehalten. Nach der extraperitonealen partiellen Nephrektomie wurden die Echinococcusblasen entleert. Tod nach 3 Tagen an Schwäche. Sektion: »Hydro-, Pyonephrose. Die Niere ist vollkommen in einen Sack aufgegangen. Die andere Niere hypertrophisch und fettig degenerirt«.

Bei dem 2. Pat. wurde die Diagnose auf eine Nierengeschwulst gestellt. Bei der lumbalen Freilegung der Niere entleerten sich reichlich Eiter (Staphylokokken) und Blasen. Die mit der Umgebung verwachsene, entzündlich veränderte Niere wurde mitsammt der Sackwandung exstirpirt. Heilung erfolgte in ca. 2 Monaten.

Verf. bespricht dann die Schwierigkeiten der Diagnose, verwirft die Probepunktion und die primäre Nephrektomie bei Nierenechinokokken, die — wenn sie aber doch gemacht würde — eben so wie die zu bevorzugende Nephrotomie stets eine lumbale sein soll.

Nur wenn eine sonst unheilbare Fistel zurückbleibe, sei die Nephrektomie vorzunehmen.

Martens (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 39. **Sonnabend, den 30. September.** **1899.**

(Aus der chirurg. Universitätsklinik zu Krakau.)

I. Zur Technik der Gastroenterostomie.

Von

Dr. Max Rutkowski,
Vorstand der Klinik.

Der Technik der Gastroenterostomie haften, trotz zahlreicher Modifikationen, noch viele Mängel an, welche die ziemlich hohe Mortalität im Anschluss an die Operation zur Folge haben. Die Beseitigung dieser Mängel stößt auf große Schwierigkeiten.

Die Gastroenterostomie wird gewöhnlich bei stark herabgekommenen Individuen ausgeführt; entsprechend dem Zustand des Pat. soll die Operation also möglichst wenig eingreifend sein und den Rest der Kräfte des Operirten nicht bedeutend in Anspruch nehmen.

Wölfler's erste Methode und das Verfahren nach v. Hacker entsprechen diesen Anforderungen vollkommen. Beide Methoden, wie auch die an sie sich anschließende lange Reihe von Modifikationen bergen aber in sich einen gemeinsamen Nachtheil: keine von ihnen ermöglicht uns, das Zustandekommen des bekannten vitiösen Kreislaufs zu verhindern. Der Operateur setzt sich also einigermaßen dem Spiel des Zufalls aus und bringt dem Kranken sehr oft einen direkten Schaden. Nur Wölfler's zweite Methode und die Methode von Roux, welche auf totaler querer Durchtrennung der Dünndarmschlinge und Insertion des abführenden Abschnitts, nach der ersten Methode in die vordere, nach der zweiten in die hintere Magenwand, mit nachfolgender Anastomosenbildung zwischen zu- und abführendem Theil beruhen, bieten in dieser Hinsicht eine sichere Garantie. Die Schwere dieser Eingriffe steht jedoch sehr oft in einem ausgesprochenen Missverhältnis zu dem elenden Zustand des Kranken.

Ein weiterer Umstand, von welchem der befriedigende Erfolg wesentlich abhängig ist, und welcher seitens der Technik berücksichtigt werden soll, ist die Möglichkeit, den Pat. sofort nach ausgeführter Operation kräftig ernähren zu können. All die bisher angegebenen Methoden ließen diese Forderung unberücksichtigt. Die motorische Leistungsfähigkeit des Magens ist in Folge seines pathologischen Zustands gewöhnlich bedeutend herabgesetzt, und das Operationstrauma vermindert dieselbe noch weiter. In Anbetracht dessen ist der Abfluss des Mageninhalts in den Darm während der ersten Tage nach der Operation von einer mehr oder weniger günstigen Gestaltung physikalischer Verhältnisse abhängig, also von Momenten, welche in diesen Fällen sehr variabel sind und welche sich unserer Bestimmung und unserem Einfluss gänzlich entziehen. Dazu kommt die Schwellung der Ränder der frisch angelegten Magen-Darmfistel, welche anfänglich das Lumen der Fistel verengt und den freien Abfluss des Inhalts hindert. Daraus resultirt eine Stauung des Inhalts im Magen mit all ihren den Organismus und die frisch angelegte Naht schädigenden Folgen. Unter solchen Bedingungen ist eine genügende Ernährung des Pat. undurchführbar.

Eine wirklich brauchbare Methode muss vor Allem unkomplicirt und wenig eingreifend sein; weiter muss sie einen sicheren direkten Abfluss des Inhalts in der Richtung des abführenden Darmabschnitts und die Möglichkeit einer forcirten Ernährung des Pat. sofort nach der Operation schaffen. Ich glaube durch Anwendung des nachfolgenden Verfahrens all den genannten Anforderungen vollkommen entsprochen zu haben.

Zuerst führe ich die Gastroenterostomie nach Wölfler's erster Methode aus. Einige Centimeter oberhalb der Magen-Darmfistel er-

öffne ich dann den Magen durch einen kleinen Schnitt. Durch die Öffnung führe ich ein Drainrohr in das Mageninnere und weiter durch die Magen-Darmfistel in den abführenden Abschnitt der Jejunumschlinge ein. Um das Drainrohr nähe ich die Magenwand nach der Methode Witzel's oder Kader's. Nach 10 Tagen entferne ich das Drainrohr. Die Drainfistel heilt ungefähr in einer Woche.

Das Verfahren beruht also auf einer Kombination der Wölfler-schen Gastroenterostomie mit der temporären Gastrostomie nach Witzel oder Kader Behufs Einführung eines Drainrohrs in den abführenden Abschnitt der Jejunumschlinge. Dieser zusätzliche Eingriff ist harmlos, gar nicht zeitraubend, da seine Ausführung nicht über 5 Minuten Zeit in Anspruch nimmt; er komplicirt nicht im geringsten die Hauptoperation.

Durch dieses Verfahren wird der Magen gewissermaßen entlastet, und wir vermögen doch den Pat. durch das Drainrohr gehörig zu ernähren. Der Magensaft kann unbehindert neben dem Rohr in den Darm abfließen, und nebst dem fixirt das Drainrohr die angenähte abführende Schlinge in einer zweckmäßigen Lage, verhindert also das Entstehen einer Knickung des Darms oder eines Sporns.

Ich hatte bis nun 3mal Gelegenheit, dies Verfahren in Anwendung zu bringen:

1) J. W., 53 Jahr. Carcinoma pylori. Am 22. Juni 1899 Resectio ventriculi. In Folge ausgedehnter Resektion begegnet die Insertion des Duodenums in die Magenwunde großen Schwierigkeiten. Also Gastroenterostomie nach v. Hacker und temporäre Gastrostomie nach Kader. Die Ausführung beider letztgenannten Operationen nahm 20 Minuten Zeit in Anspruch. Am 10. Tage Entfernung des Drainrohrs, nachher die Drainfistel in 4 Tagen vollkommen geheilt.

2) M. S., 54 Jahr. Ulcus ventriculi in parte pylorica. Myokarditis. Am 7. Juli 1899 Gastroenterostomie nach Wölfler und temporäre Gastrostomie nach Witzel. Die Operation währte 30 Minuten. Am 10. Tage Entfernung des Drainrohrs, wonach in 7 Tagen die Fistel komplet geheilt ist.

3) M. K., 28 Jahr. Carcinoma pylori. Bedeutende Kachexie. Am 8. Juli 1899 Gastroenterostomie nach Wölfler und temporäre Gastrostomie nach Witzel. Die Operation dauerte 30 Minuten. Nach Entfernung des Drainrohrs, welche am 10. Tag erfolgte, trat in 7 Tagen eine vollständige Heilung der Drainfistel ein.

Der postoperative Verlauf war in allen Fällen ein vollkommen zufriedenstellender. Die Kräftezunahme erfolgte auffallend rasch, bei keinem der Operirten hatte sich Erbrechen eingestellt.

II. Zur Amputation des Mastdarmvorfalls.

Von

Dr. **Th. v. Dembowski** in Wilna.

Auf dem letzten Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin haben wir in einem interessanten Vortrag von Dr. Ludloff gehört, dass nach Erfahrungen der Königsberger chirur-

gischen Klinik die Indikationen für die Amputation des Mastdarmvorfalls wesentlich eingeschränkt werden können. Wenn auch manche Fälle unblutig nach Thure Brandt mit Erfolg behandelt werden — andere ohne Recidiv nur mit Kolopexie nach Bogdanik heilbar sind — so bleibt gewiss eine beträchtliche Zahl von Fällen übrig, in welchen eine Amputation nicht zu umgehen ist. Das sind 1) die Fälle, in welchen chronisch vorgefallenes Rectum so entzündet, ulcerirt und verdickt ist, dass seine Reposition unmöglich sein kann; — 2) die Fälle, wo der Prolaps durch einen Tumor, dazu bösartiger Natur, verursacht ist. In den Fällen dieser beiden Kategorien wird es sich meistens um heruntergekommene Individuen handeln, die durch Blutungen und langdauernde Ernährungsstörung so abgeschwächt sind, dass man bei der Operation jeden Blutverlust vermeiden möchte.

Vor 2 Jahren kam ein solcher Fall in meine Behandlung. Der Kranke meinte, er leide nur an Hämorrhoiden und machte sich desswegen lange Zeit keine ernste Sorge über die profusen Blutungen, an denen er litt. Schließlich äußerst heruntergekommen, entschloss er sich, zu mir zu kommen, nachdem er noch einen Tag vorher von einem Internisten Suppositorien bekommen hatte zur Stillung seiner vermuthlichen hämorrhoidalen Blutungen. Der Kranke gab an, dass bei jeder Stuhlentleerung ein großes Stück vom Mastdarm hervortrete, das er nur mit Mühe reponiren könne. Durch Pressen auf dem Klosett wurde denn in der That ein 15 cm langer Prolaps erzeugt, auf dem ein beinahe faustgroßer Tumor saß, welcher stark blutete und bei näherer Betrachtung als Carcinoma villosum diagnosticirt werden musste. Es war klar, dass die ganze vorgefallene Partie amputirt werden musste. Der Kranke war aber so anämisch, dass ich mir die Frage stellen musste, auf welche Weise bei der Operation der Blutverlust auf ein Minimum reducirt werden könnte.

Esmarch[1] sagt, man solle, um die Operation ohne Blutverlust auszuführen, einen runden Holzstab oder eine dicke Mastdarmbougie, in welche man nahe dem oberen Ende eine seichte Furche geschnitten hat, so tief in den Vorfall hineinschieben, dass die Furche nahe vor die Afteröffnung zu liegen kommt. Nachdem das Blut aus dem Vorfall möglichst sorgfältig zurückgepresst worden, schnürt man mit einem dünnen Kautschuckschlauch den Vorfall um die Furche der Bougie so fest zusammen, dass die Arterien kein Blut wieder in die Schleimhaut zurückschicken können. Diese Methode, die, so viel ich weiß, von Weinlechner[2] stammt, giebt nun leider sehr oft Veranlassung zu nachträglichen Strikturen, wie ich es selbst in einem Falle erlebte, und worüber mir auch von anderen Kollegen berichtet wurde. Diese Strikturen entstehen natürlich dadurch, dass die Nähte am eng zusammengeschnürten Darm angelegt werden.

---

[1] Deutsche Chirurgie: Die Krankheiten des Mastdarms und des Anus. p. 163.

[2] Wiener med. Blätter 1885. No. 37; referirt im Centralblatt für Chirurgie 1886. p. 359.

Um nun den Blutverlust zu vermeiden und auch diesen nachträglichen Strikturen aus dem Wege zu gehen, habe ich folgenden Modus operandi gewählt.

Eine 25 cm lange und 4 mm dicke Nadel wurde durch den vorgefallenen Mastdarm, nahe an der Basis, etwa in der Richtung von einem Tuber ischii zum anderen durchgestochen. Nun umgriff ich mit dem 2. und 3. Finger der rechten und der linken Hand die Nadel im Mastdarmlumen und breitete die vordere und die hintere Hälfte der Mastdarmwand längs der Nadel aus. Die auf solche Weise quer angespannten Mastdarmwände wurden mit 2 Eisenspangen (so lang und dick wie die Nadel) an die in der Mitte liegende Nadel fest angedrückt und jede für sich an ihren beiden Enden mit der Nadel durch starke Ligatur verbunden. Noch einmalige Reinigung und unter stetiger Irrigation Abtragen des Vorfalls mit einem langen scharfen Messer ungefähr 1 cm vor den Eisenstangen. Man bekommt eine reine und glatte Schnittfläche. Zuerst wird dann zwischen der oberen Stange und der Nadel der vordere Peritonealschlitz aufgesucht und sorgfältig vernäht. Dann werden auf der ganzen Schnittfläche die sichtbaren Gefäße unterbunden. Jetzt erfasst ein Assistent die beiden Enden der oberen Eisenstange und der Nadel, die Ligaturen, die diese Enden verbinden, werden durchtrennt, und der Assistent lüftet ein wenig die obere Eisenstange. Die Gefäße, die dabei zu bluten anfangen, werden unterbunden, und die ganze vordere Partie der Mastdarmwand wird vernäht. Dasselbe geschieht nachher mit der hinteren Hälfte. Die cirkuläre Nahtlinie wird mit Jodoform bepudert und durch Reposition des Amputationsstumpfs versenkt.

Die ganze Operation ist so sauber und rein, und der Blutverlust wird auf so ein Minimum reducirt, dass ich diese kleine Modifikation nur bestens empfehlen kann.

---

1) **N. Rüdinger.** Kursus der topographischen Anatomie, bearbeitet von W. Höfer. IV. Aufl.

München, **J. F. Lehmann,** 1899. 221 S.

Es kann auf das Referat über die III. Auflage (Centralblatt 1894 p. 898) verwiesen werden. Durch die Einführung der Baseler Nomenklatur ist das kurz gedrängt, ohne alles Beiwerk geschriebene Buch den neuesten Anforderungen gerecht geworden. Somit kann es von Neuem als angenehmes Repetitorium anempfohlen werden.

Christel (Metz).

---

2) **F. Merkel.** Handbuch der topographischen Anatomie zum Gebrauch für Ärzte. Mit zahlreichen mehrfarbigen Abbildungen. II. Band, 3. Lieferung (Schluss des II. Bandes).

Braunschweig, **Fr. Vieweg & Sohn,** 1899.

Die neue Lieferung des M.'schen Handbuches enthält die topographische Anatomie des Bauches. Dieselbe Vielseitigkeit der Ge-

sichtspunkte und die gleiche gründlichste Durcharbeitung im Einzelnen, wie sie die bisher erschienenen Theile des Werkes auszeichneten, geben auch der neuen Lieferung das Gepräge. Die Topographie der Baucheingeweide und ihre Abhängigkeit von den mannigfachsten Momenten dürften wohl überhaupt noch nie in so vollständiger Weise behandelt worden sein. Durch reichliche Anführung von Litteratur ist die Möglichkeit, irgend eine specielle Frage im Einzelnen zu verfolgen, gegeben. Die Abbildungen, die nach altbewährtem Princip das sachlich Wichtige in klarster Form zur Darstellung bringen, ergänzen den Text in trefflichster Weise. **E. Gaupp** (Freiburg i/B.).

---

3) **Hartmann.** Pathogénie de la lithiase.

(Presse méd. 1898. No. 19.)

Verf. theilt einen Fall von Steinen im Ductus Whartonianus mit, der von Loison operativ entfernt und bakteriell untersucht worden ist. Aus seinen centralen Theilen ließen sich kulturell virulente Streptokokken züchten, welche im Stande waren, weiße Mäuse zu tödten. Auf Grund dieser Thatsache und der sehr interessanten Experimente Mignot's, welcher an Meerschweinchen durch Aufhebung der Kontraktilität der Gallenblase und durch Infektion mit abgeschwächtem Bacterium coli Gallensteine erzeugen konnte, die sich physikalisch und chemisch durch Nichts von denen unterschieden, welche man beim Menschen so oft beobachtet, kommt Verf. zu folgendem Schluss: die Hypothese, welche die Entstehung der Gallen- und anderer Steine auf gestörte nutritive Vorgänge, auf eine Diathese zurückführt, ist nicht haltbar; man muss die infektiöse Bildung der Steine in allen Fällen als sicher annehmen, — ein Standpunkt, der in mannigfachen neueren Arbeiten vertreten ist, und auch von Naunyn auf dem Kongress zu Wiesbaden 1891 eingenommen wurde.

Tschmarke (Magdeburg).

---

4) **A. Henle** und **H. Wagner.** Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Transplantation ungestielter Hautlappen. II. Experimenteller Theil von Dr. Henle.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 3.)

Die 1. Serie der Versuche wurde in der Weise angestellt, dass beim Kaninchen auf der Innenseite des Ohres ein Stück Haut mit oder ohne Knorpel excidirt und dann der Defekt theils mit demselben, theils mit einem von einer anderen Körperstelle desselben Thieres entstammenden Hautstück bedeckt wurde. Nach verschieden langer Zeit wurden die Thiere getödtet und von der Aorta aus mit Karminleim injicirt, oder auch einfach die Amputation des betreffenden Ohres ausgeführt. Nur wenige Male blieb eine Anheilung der Hautlappen aus; das Ergebnis der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen bei den übrigen Fällen fasst H. in folgende Sätze zusammen:

Die Anheilung im wahren Sinne des Wortes eines vom Körper getrennten, aus Epidermis, Cutis ev. außerdem noch aus Knorpel und Perichondrium bestehenden Lappens ist möglich, wobei unter Anheilung die Persistenz und weitere Entwicklung der den Lappen angehörigen Gewebe zu verstehen ist. Bindegewebsfibrillen, elastische Fasern können, durch Narbengewebe vom Mutterboden deutlich geschieden, erhalten bleiben und einem differenten Mutterboden gegenüber bezüglich ihrer Lagerung, Menge etc. ihren Charakter beibehalten. Knorpel, in Knorpel implantirt, persistirt und betheiligt sich an der Bildung des Callus. Das Epithel und seine Abkömmlinge bleiben gleichfalls am Leben. Sie betheiligen sich energisch an der Überbrückung des Interstitiums zwischen Lappen und Mutterboden und behalten ebenfalls ihren Charakter, auch wenn derselbe ein anderer ist als der des umgebenden Mutterbodenepithels.

In einer weiteren Reihe von Experimenten wurde der Versuch gemacht, die gesetzten Defekte durch Hautlappen fremder Thiere, theils derselben, theils einer anderen Species (Meerschweinchen, Frosch) zu decken; doch wurde in keinem Falle eine Anheilung erzielt.

Honsell (Tübingen).

---

5) **Caforio.** Il sublimato nella cura del carbonchio.

(Riv. med. dell. R. Marina III. 1899. Ref. nach Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 64.)

Die Anthraxpustel wird kreuzförmig gespalten und Sublimat in Substanz in die Schnittflächen eingerieben. Dasselbe wirkt als energisches Kausticum und Antisepticum. Die Procedur ist schmerzhaft. Bei Fällen mit entzündlichem Ödem und Allgemeinerscheinungen injicirt man Sublimatlösungen (1 : 1000).

Dreyer (Köln).

---

6) **A. Frickenhaus.** Serotaxis durch Ätzkalilösungen. Eine neue Methode zur Diagnose und gleichzeitig zur Therapie von Hautkrankheiten (speciell des Lupus).

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 3.)

Der Verf. hat mit Ätzkalilösung (bei erhaltener Hornschicht 3,7%, bei zerstörter 1%, bei Narbengewebe $7^1/_2$—15%) nach Seife- und Ätherreinigung lupöse Herde gepinselt und in dem innerhalb 2—3 Minuten austretenden Serum wiederholt säurefeste, von ihm für Tuberkelbacillen gehaltene Bakterien gefunden; gesundes Gewebe reagirt nur mit Röthung. Bei Lepra und Trichophytie leistet die Methode diagnostisch nichts.

Therapeutisch empfiehlt F.: zur Zerstörung der Hornschicht starke Lösungen, denen er eine Pinselung mit schwächerer (1—3,7%) folgen lässt; dann feuchter Verband und weiterhin Salben, Pasten etc. Er hat diese Methode mit Erfolg versucht bei Lupus, Lupus erythematodes, Makrosporien, Trichophytien, Ekzemen etc.

Jadassohn (Bern).

---

7) **E. Doctor.** Über das Verhältnis der Darier'schen Krankheit zur Ichthyosis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVI. Hft. 3.)

Nachdem die Annahme, die jetzt sogenannte Darier'sche Krankheit sei eine Psorospermose, wohl definitiv als falsch nachgewiesen ist, macht sich das Streben geltend, diese Hyperkeratose in der Gruppe der Ichthyosis aufgehen zu lassen. Auf Grund von 2 Fällen aus dem Material Carl Herxheimer's in Frankfurt a/M. tritt Verf. der vorliegenden Arbeit für diese Anschauung ein. Er hält die Darier'sche Krankheit für »eine an die Haarfollikel oder Schweißdrüsenausführungsgänge gebundene, aber auch unabhängig von diesen auftretende Hyperkeratose«, die »meist, aber nicht immer mit Parakeratose verbunden« ist. »Die sogenannten Darier'schen Körperchen (die zuerst als Psorospermien angesprochen wurden) sind eine Theilerscheinung der Parakeratose, gehören aber nicht unbedingt zum Krankheitsbild; es können vielmehr auch Zelldegenerationen anderer Art dabei auftreten.« Klinisch unterscheidet sich die Darier'sche Krankheit von der Ichthyosis durch die Lokalisation und die Knötchen, histologisch durch die Wucherung der Papillen und das Rete Malpighi — doch sind diese Unterschiede nicht durchgreifend genug, da Atypica in der Lokalisation der Ichthyosis vielfach vorkommen. Die Heredität scheint auch bei der Darier'schen Krankheit eine Rolle zu spielen; auch sie kann schon früh auftreten.

Jadassohn (Bern).

---

8) **M. Hodara.** Über die Verwendung der Pasta zinci sulfurata mit Zucker in der dermatologischen Praxis und über die Behandlung der Sycosis subnasalis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 9.)

H. benutzt zur Austrocknung, Epidermisirung und Heilung »nässender, vesikulöser, pustulöser und borkiger Dermatosen« folgende Paste:

Lanolin, Vaselin āā 20,0; Glycerin 10,0; Sacch. 20,0; Sulfur. 10,0; Zinc. oxyd. 20,0. Besonders bei der Sycosis subnasalis empfiehlt es sich, diese Paste Tag und Nacht dick aufgestrichen zu lassen und zugleich und noch längere Zeit danach die Nasenschleimhaut mit 1—4%iger Höllensteinlösung zu bepinseln. Dabei ist die Epilation nicht nothwendig.

Bei »Ekzema seborrhoicum generalisatum psoriasiforme« hat H. mit gutem Erfolg verwendet: Lanolin, Vaselin āā 30,0, Glycerin 10,0; Sacch. 20,0; Sulf. 10,0; Chrysarobin 1,0—2,0. **Jadassohn** (Bern).

---

9) M. Hodara. Gegen Impetigo vulgaris so wie das nässende und borkige Ekzem des Kopfes, des Gesichts, der Ohren und des übrigen Körpers kleiner Kinder und Erwachsener.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. Hft. 10.)

H. empfiehlt gegen die oben angegebenen Leiden folgende Salbe: Axungiae Benzoes 12,0; Ol. olivar. 9,0; Hydrarg. praecip. rubr. 15,0; Sacch. alb. subt. pulv. 6,0; Ac. carbol. 0,05—0,5 (je nach der Stärke des Nässens oder Juckens).

Jadassohn (Bern).

---

10) P. Parisot. Du prurit sénile généralisé et de son traitement.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898. Januar.)

P. sieht den Pruritus senilis als Toxi-névrodermie an und hält statt aller lokalen Behandlung die antitoxische (Purgation, Benzonaphthol, Milchregime) für die wirksamste.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

11) Holländer. Über den Nasenlupus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 24.)

H. stellt es als Irrthum hin, dass allgemein die Destruktion für eine charakteristische Folgeerscheinung des Lupus gehalten wird. Eine Destruktion gröberen Stils hat mit dem Wesen des Lupus vulgaris nichts zu thun. Nach H.'s Erfahrungen setzt in einer großen Reihe von Fällen der Lupus der Nase auch in Jahrzehnten keine Defekte von Bedeutung. Führt der Lupus jedoch zu Destruktionen, so hat es sich immer um einen primären Schleimhautlupus gehandelt, und im Anschluss an diese Fälle der Destruktion und des primären Schleimhautlupus entwickelt sich die descendirende Form der oberen Luftwege. Demgemäß soll sich die Therapie an diese Erfahrungen halten. In der 1. Gruppe der Fälle bildet die Ausdehnung der Affektion die Kontraindikation zum chirurgischen Eingriff, kleinere und umschriebene Herde können exstirpirt werden, falls man den Defekt durch Naht oder Plastik decken kann.

In den der 2. Gruppe angehörenden Fällen ist die Exstirpation aus dem anatomischen Verhalten kontraindicirt, ja unmöglich. Hier kommen mit Aussicht auf Erfolg nur »Elektivmethoden« in Betracht, welche das lupöse Gewebe und die Erreger vernichten und das gesunde und reaktionär kranke Gewebe schonen. Zu diesen Methoden gehören nach H.'s Ansicht die Finsen'sche Behandlung mit den ultravioletten Strahlen, die Röntgen-Therapie und des Verf. Methode der Heißluftkauterisation, deren Details im Original eingesehen werden mögen. Eine Reihe sehr gelungener und instruktiver Photogramme ist der Abhandlung beigefügt, welche zum Theil schöne Dauerresultate nach des Verf. Behandlungsmethode aufweisen.

Gold (Bielitz).

---

12) J. C. Simpson. Cerebral and mental symptoms in relation to somatic disease, anaesthetics and toxic agents, traumata and surgical procedures.

London, **John Bale sons & Danielsson,** 1898. 192 S.

Die mit außerordentlichem Fleiß und großer Litteraturkenntnis zusammengestellte Edinburger Dissertation beschäftigt sich mit den mannigfaltigen Wechselbeziehungen zwischen Hirnsymptomen, Psychosen und den verschiedenen Organerkrankungen, Intoxikationen, Traumen und Operationen. Aus dem außerordentlich reichen Inhalt des Buchs sei an dieser Stelle besonders auf die 3 letzten Abschnitte hingewiesen, die von den traumatischen Psychosen, von den postoperativen psychischen Störungen und von der chirurgischen Behandlung der Psychosen und Cerebralsymptome handeln. Da es nicht thunlich ist, hierüber kurz zu referiren, sei Interessenten das Studium des Originals empfohlen, welches das große einschlägige Material in guter Übersicht behandelt. **E. Martin** (Köln).

---

13) J. Collins. Critical summary of recent literature on the treatment of abscess of the brain.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. April.)

Aus einer Übersicht C.'s über die Erfolge der Operationen des Hirnabscesses in den letzten Jahren geht hervor, dass die Sterblichkeit eine außerordentlich große ist, dass der Grund dafür in der Schwierigkeit der Diagnose liegt. »Die Operation eines Hirnabscesses aufschieben, bis die Herdsymptome unzweideutig sind, oder die Operation am Warzenfortsatz bei bestehenden Zeichen eines Hirnabscesses nur auf den ersteren beschränken, ist ein weit schwererer Missgriff als eine Explorativtrepanation.« Neues bringt C.'s Arbeit nicht.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

14) O. Schär. Beiträge zur Hirnchirurgie mit specieller Berücksichtigung der Ätiologie und operativen Behandlung der Epilepsie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIX. Hft. 3.)

In der vorliegenden Arbeit stellt Verf., ein Schüler Kocher's, die von seinem Lehrer operirten Fälle von Operationen wegen traumatischer und genuiner Epilepsie zusammen. Aus den eingehenden Litteraturzusammenstellungen, welche die Arbeit enthält, ergiebt sich zur Genüge, wie verschiedenartig die Beurtheilung chirurgischer Maßnahmen bei der Epilepsie gehandhabt wird. Um so präciser ist in fast allen Punkten die Ansicht Kocher's. Seine Anschauungen gipfeln in den aus der Arbeit citirten Worten: Lieber zu viel operiren als zu wenig! Eine Operation räth er immer an, wenn interne und diätetische Maßnahmen nicht in kurzer Zeit zum Ziel führen. Die geringe Möglichkeit eines schlimmen Ausgangs, wie sie die Re-

sultate der Kocher'schen Klinik ergeben, fällt neben den socialen Unzuträglichkeiten der Epilepsie nicht in Betracht. Am klarsten liegen natürlich die Verhältnisse für die Entscheidung bei der traumatischen Epilepsie. Aber gerade da ist besonders hervorgehoben, wie oft die traumatische Veranlassung einer lange bestehenden Epilepsie in den Hintergrund tritt und somit übersehen wird. S. sagt, dass derjenige Arzt, welcher mit internen Mitteln keinen Erfolg erziele und trotzdem den Kranken hinziehe, ohne den Versuch operativer Hilfe zu machen, ein sehr ernstes Unrecht begehe. Chirurg, interner Kliniker und Psychiater sollten gemeinsam die Fälle von Epilepsie beurtheilen und in gemeinschaftlicher Berathung die Therapie bestimmen, wie dies in England am Queens Square Hospital bereits geschehe.

Es ist selbstverständlich, dass die Ätiologie der Epilepsie in den Betrachtungen des Autors eine größere Rolle spielt. Genauer wird das Verhältnis von Schädelverletzungen zur Epilepsie berücksichtigt und hervorgehoben, dass zwischen der Schwere der Läsion und der Schwere des epileptischen Anfalls oder der Zeit seines ersten Auftretens nicht die geringsten Beziehungen bestehen. Es sind Cirkulationsstörungen, an die sich Störungen der Funktion anschließen, womöglich Intoxikationen und Veränderungen des Stoffwechsels, die eine Beeinflussung des Centralnervensystems hervorrufen. Unter solchen Bedingungen kommt es dann leicht zu Veränderungen im ganzen Gebiet des Gehirns. Darum meint S., es sei leichter, Epilepsien zu verhüten, als sie zu heilen, und legt ein ganz besonderes Gewicht auf eine zweckmäßige Behandlung von Kopfverletzungen. Bei solchen Kranken soll man sich einen genauen Überblick über das ganze Verletzungsgebiet verschaffen, alle anatomisch sichtbaren und chirurgisch entfernbaren Veränderungen beseitigen; denn um so geringer werde die epileptische Veränderung des Gehirns. Man soll aber in solchen Fällen nicht bloß an die unmittelbaren Folgen der Gehirnzertrümmerung denken, sondern auf alle Faktoren Bedacht nehmen, welche Epilepsie erzeugen können. Auch bei allen Impressionsfrakturen subkutaner Art soll man operiren, wie es der Verlauf der Kocher'schen Fälle unzweifelhaft als zweckmäßig erweist.

Der Werth der Trepanation oder, wie Verf. passender den Ausdruck gewählt findet, der Kraniotomie bei bestehender Epilepsie wird am meisten verschieden beurtheilt. Aber auch hier zeigen die Krankengeschichten der Berner Klinik, dass ein weitgehender Pessimismus nicht berechtigt ist, sondern dass die Chirurgie hier nützend eingreifen kann. Nur muss man sich bei der Operation an die Stellen halten, an denen man die Oberflächenveränderungen des Gehirns zu finden vermeinen darf. Findet man sie nicht sofort, so muss man anderweitig suchen, und das ist nach S.'s Anschauung die Ursache der besseren Erfolge seines Lehrers, dass er in dieser Weise verfährt und nicht rasch auf das Fahnden nach sichtbaren Verände-

rungen verzichtet. Natürlich sind die Erfolge hier begrenzt, und es ist leicht verständlich, dass nach Exstirpation von Narben oder Cysten nicht immer auch die Epilepsie heilt, wenn man bedenkt, dass nach den neueren Ansichten über die Commotio cerebri von Kocher, Albert u. A. bei dieser allgemeinere Hirnstörungen vor sich gehen. Auch Narben wirken wohl nur in so fern, als sich an sie tiefere Degenerationszustände des Gehirns anschließen können, wie schon Tillmann bewiesen hat.

Die Operation soll möglichst große Partien des Gehirns freilegen. Auf die medikamentöse Behandlung und diätetische Vorschriften legt Verf. großen Werth. Kinder mit Schädeltraumen will er so erzogen wissen, wie es die Neuropathologen für erblich belastete Pat. bisher verlangt haben. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

15) **Adamkiewicz.** Über traumatische Tabes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 23 u. 24.)

A. theilt in ausführlicher Krankengeschichte einen genau beobachteten Fall von Tabes mit, in welchem die Krankheitserscheinungen im Anschluss an ein Trauma (Sturz vom Pferd, welches mit den Hufen gegen den Rücken des Abgestürzten ausschlug und ihm die Wirbelsäule brach) sich entwickelten. Auf Grund dieser Beobachtung und seiner Erfahrungen spricht A. seine Ansicht dahin aus, dass es eine Tabes giebt, welche durch Trauma zur Entwicklung kommt und der gewöhnlichen parenchymatösen Rückenmarksschwindsucht entspricht, dass sie eine gewisse Individualität zu ihrem Zustandekommen voraussetzt und dass sie nichts Anderes ist, als eine specielle Form der »traumatischen Neurose«, dass die traumatische Tabes als specielle Form der »traumatischen Neurose« eine Hysterie ist, bei der die mechanische Natur der sie veranlassenden Erschütterung zu einer mehr als nur molekulären, also schon zu einer materiellen Lockerung der Elemente und desshalb zu anatomischen Veränderungen in den getroffenen Nervenbahnen geführt hat.

Auf Grund seines jahrelangen Studiums der Tabes und der dabei gemachten Erfahrungen unterscheidet A. folgende Arten der Tabes mit ihren charakteristischen Merkmalen:

1) Die gewöhnliche, weit verbreitete Form der primären parenchymatösen Degeneration der Hinterstränge.

2) Die traumatische Tabes, welche sich von der vorhergehenden durch Genesis und Stabilität gegenüber dem progressiven Charakter der ersteren unterscheidet.

3) Die syphilitische Tabes, welche von den Gefäßen der Hinterstränge ausgeht und in eine akute und chronische syphilitische Tabes unterschieden werden muss. Während die akute auf endarteriitischen Processen beruht und heilbar ist, bleibt die chronische, auf interstitiellen Veränderungen der Hinterstränge basirende Tabes als solche stationär und ist unheilbar. **Gold** (Bielitz).

---

16) **Auché** et **Chavannaz.** Nouvelles recherches sur les infections péritonéales bénignes d'origine opératoire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. März.)

Die beiden Autoren haben ihre früheren Versuche über die Infektion des Bauchfells bei Laparotomien fortgesetzt und sind zu folgenden Resultaten gelangt:

1) In der großen Mehrzahl der Fälle (85%) wird das Bauchfell im Laufe der Laparotomien durch die Manipulationen des Operateurs inficirt.

2) Die Zahl der in den Bauchraum hineingebrachten Mikroben ist immer gering.

3) Die Infektion verräth sich durch kein allgemeines oder lokales Symptom; übrigens ist die Virulenz der Keime so gering, dass keins der mit der isolirten Kultur geimpften Thiere erkrankte.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

17) **R. Froelich.** De la cure radicale des hernies par glissement du gros intestin.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. April.)

Unter Hernies par glissement verstehen die Franzosen Hernien des Dickdarms (Blinddarm oder S romanum), welche neben Brüchen des Dünndarms in demselben Bruchsack sich finden. Dabei kann es vorkommen, dass der im Bruchsack eingeschlossene Dickdarm in normaler Weise von Bauchfell umgeben ist; oft aber liegt ein mehr oder weniger breites Stück des Darms außerhalb des Sacks und ist verwachsen mit dem retro-scrotalen Zellgewebe. Im letzteren Falle muss die Radikaloperation entweder unvollkommen gemacht oder eine Darmresektion ausgeführt werden. In einem von F. operirten Falle ließ sich wenigstens ein Theil des Dickdarms losschälen und in den Bauch zurückschieben. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

---

18) **R. Romme.** Existe-t-il chez le nourrisson une sténose avec hypertrophie congénitale du pylore?

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. März.)

R. citirt einerseits mehrere Fälle, in denen bei Neugeborenen wegen vermeintlicher Stenose des Pylorus die Gastroenterostomie ausgeführt wurde, andererseits Fälle, in denen diese Stenose auf interne Behandlung verschwunden ist, und kommt nach kritischer Würdigung der Daten und des pathologisch-anatomischen Befundes zu der Ansicht, die auch von deutschen Autoren bereits vertreten ist, dass es sich um Krampfzustände und nicht um ein organisches Leiden handelt. Die kurze Zusammenstellung R.'s ist lehrreich und überzeugend. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

19) **V. Martini** (Siena). Experimentelle Untersuchungen über ein neues Verfahren der Gastroenterostomie (ohne primäre Eröffnung der Lichtung).

(Policlinico 1899. März 15.)

Um den Austritt von Darm- und Mageninhalt bei der Gastroenterostomie unmöglich zu machen, hat Verf. die Operation an Hunden folgendermaßen ausgeführt: An der hinteren Magenwand wird mit dem Skalpell ein Oval umschrieben und ausgeschnitten, welches Serosa und Muscularis umfasst, die Schleimhaut aber unversehrt lässt. Die größte Breite dieses Ovals beträgt 2—3½ cm. Alsdann wird (nach Stillung der Blutung) ein ebenfalls ovaläres Knorpelscheibchen von etwa 1—2 cm Länge, ½—1 cm Breite und 3—5 mm Höhe auf die Mitte des entstandenen Defekts, also auf die vorgewölbte Schleimhaut, aufgelegt und die Magenschleimhaut rings um den Knorpel fixirt. Das letztere geschieht in der Weise, dass dieselbe zuerst provisorisch mit kleinen Stecknadeln ringsherum befestigt wird, worauf die definitive Fixirung mittels eines in einer Furche um den Knorpel herumlaufenden Seidenfadens erfolgt. Genau das gleiche Verfahren wird an der entsprechenden Dünndarmschlinge vorgenommen. Nunmehr werden die beiden Knorpelscheiben mit ihren freien Oberflächen auf einander gelegt, und die muskulo-serösen Ränder mit einer fortlaufenden Seidennaht ringsum vereinigt; dazu kommen noch einige Verstärkungsknopfnähte. — Die operirten Thiere, 16 an der Zahl, wurden nach verschieden langer Zeit (24 Stunden—3 Monate) getödtet. Es ergab sich Folgendes: Nach 36—48 Stunden zerfallen die abgeschnürten Schleimhautpartien nekrotisch, und die Knorpelscheiben liegen bloß; am dritten Tage ist in der Regel die freie Kommunikation zwischen Magen und Darm hergestellt. Auch nach den später gewonnenen Präparaten ist eine irgend wie erhebliche Narbenretraktion nicht zu befürchten.

H. Bartsch (Heidelberg).

---

20) **Kehr.** Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit.

Berlin, **Fischer's** med. Buchh., 1899. 272 S.

Dass eine genaue Kenntnis der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit für den praktischen Arzt heut zu Tage dringendes Erfordernis ist, wer möchte es leugnen, der tiefer in die schweren Schädigungen hineingeblickt hat, die verkannte oder verschleppte Gallensteinerkrankung über die Pat. heraufbeschwören kann? Wenn ein so erfahrener Gallensteinoperateur wie K. auf Grund seiner enormen Erfahrung (433 Gallensteinlaparotomien!) eine Anweisung zur Diagnostik für praktische Ärzte zu schreiben unternimmt, so darf etwas Interessantes und Förderndes erwartet werden, und diese Erwartung wird durch das vorliegende Werk sicherlich nicht getäuscht; nicht nur dem praktischen Arzt, sondern auch dem in der Gallen-

steinchirurgie erfahrenen Chirurgen bietet es reiche Anregung und Belehrung, vielleicht diesem fast noch mehr wie jenem. Das Buch zerfällt in 2 Theile und einen Nachtrag. Der 1. Theil behandelt in 4 Vorträgen: 1) Die Pathologie und pathologische Anatomie der Cholelithiasis. Hier wird besonderer Nachdruck auf die Lehre von der Entstehung des Kolikanfalls durch Entzündung gelegt und ausgeführt, wie im Anschluss an die entzündlichen Vorgänge die verschiedenen Formen der Gallensteinerkrankung zu Stande kommen, wie besonders das wichtige Symptom des Ikterus im einzelnen Falle aufzufassen und zu erklären ist. 2) Die Anamnese und Untersuchung bei der Cholelithiasis. K. legt großes Gewicht auf eine sorgfältige Anamnese; vor Probepunktion warnt er dringend, selbst wenn gleich die Laparotomie angeschlossen wird; die Untersuchung in Narkose hält er in den allermeisten Fällen für überflüssig. 3) Die specielle Diagnostik der Cholelithiasis. Außerordentlich sorgfältig wird die Abgrenzung der Cholelithiasis von allen anderen Erkrankungen im Bauch, die damit verwechselt werden könnten, besprochen. Gegen die Diagnosen: »Magenkrampf« und »nervöse Leberkolik« wird entschieden Front gemacht. Dieses 3. Kapitel ist ganz besonders lehrreich und zeugt von der großen Erfahrung des Autors. Um für den Fall, dass ein Gallensteinleiden festgestellt ist, die specielle Diagnose desselben zu erleichtern, hat Verf. eine sehr instruktive Tabelle aus einer anderen seiner Schriften herübergenommen, in der Symptome, Diagnose und Behandlung der verschiedenen Krankheitsformen neben einander gestellt sind. 4) Die Behandlung der Cholelithiasis. Nach einer kurzen Besprechung der nicht operativen Therapie schildert Verf. in großen Zügen die verschiedenen Methoden der operativen, ihre Indikationen und Prognose. Die Sterblichkeit beträgt, wenn die Steine nur in der Gallenblase liegen, ca 1%, die der Ektomie 3%, die der Choledochotomie 10%. Eine eingehende Auseinandersetzung zwischen interner Medicin und Chirurgie bildet den Schluss des Abschnitts.

Der 2. Theil enthält 100 genaue Kranken- und Operationsgeschichten, die dem Praktiker ermöglichen sollen, das, was im 1. Theile vorgetragen ist, an konkreten Beispielen zu studiren. Im Nachtrag giebt Verf. noch die vom 1. April bis 15. Mai 1899 ausgeführten Gallensteinoperationen wieder, denen er noch einige Bemerkungen anschließt.

Es ist nicht möglich, im Referat ein Bild von dem reichen Inhalt des vortrefflichen Buchs zu geben; wir können nur Jedem, der sich mit Gallensteinerkrankungen und ihrer Behandlung beschäftigt, den Rath geben, das Werk genau zu studiren. Ist es auch zunächst für den Praktiker bestimmt, so wird doch auch der Chirurg mannigfache Belehrung finden. **H. Lindner** (Berlin).

---

21) **Duplay.** L'ictère chronique et son traitement chirurgical.

(Méd. moderne 1899. No. 46.)

D. bespricht im Anschluss an einen Fall von chronischem, lithogenem Choledochusverschluss die Pathologie und Therapie des chronischen Ikterus; seine Ausführungen enthalten nichts Neues. Erwähnenswerth ist es vielleicht, dass er die Cholecystektomie auf die Fälle beschränkt wissen will, bei denen vollständige Obliteration des Cysticus besteht, so wie dass er bei der Choledochotomie principiell nicht näht, sondern tamponirt, also nicht nur bei infektionsverdächtiger Galle, wie Kehr. Wenn möglich, will er an Stelle der Choledochotomie die Choledocholithotripsie ausgeführt wissen, ein Vorgehen, bei dem ihm deutsche Chirurgen wohl nicht folgen werden.

R. v. Hippel (Dresden).

Kleinere Mittheilungen.

Zur Gastroenterostomie nach Podres.

Von

Prof. Dr. **Rudolf Trzebicky** in Krakau.

Der Chirurg kommt bekanntlich sehr oft in die Lage, die Gastroenterostomie bei bereits sehr herabgekommenen und dekrepiden Individuen auszuführen, und ist es da keineswegs gleichgültig, ob die Operation von längerer oder kürzerer Dauer ist. Die gleichzeitigen Gefahren der Narkose haben wir durch Schleich's geniales Verfahren der Lokalanästhesie zu umgehen gelernt.

Unter diesen Umständen muss jede Modifikation, welche eine Abkürzung der Operationsdauer bezweckt, mit Freuden begrüßt werden, — in so fern sie sich eben in praxi bewährt.

Als ich im vorigen Jahre das Referat über die Methode der Gastroenterostomie nach Podres im Centralblatt für Chirurgie las[1], heimelte mich dieselbe sehr durch ihre verlockende Einfachheit an. Die Methode besteht bekanntlich darin, dass der Magen und Darm an einander gelegt werden, worauf man zwei sich kreuzende Nähte mit dicken Seidenfäden durch alle Schichten anlegt und dieselben fest anzieht. Das in die Nähte gefasste Gewebe soll der Nekrose verfallen, und dadurch eine Anastomose zwischen Magen und Darm entstehen. Obwohl in mir von Haus aus einige Bedenken aufstiegen, ob die Druckwirkung der Fäden nach Durchschneiden der Schleimhäute auch fernerhin anhalten würde, beschloss ich doch, auf die warme Fürsprache des Verf. hin, den Versuch zu wagen. Geeignet schien mir dazu in erster Linie irgend ein Fall von weit vorgeschrittenem Carcinom des Pylorus. Wären mir die späteren Revelationen von Warneck und Kiseleff so wie Sokoloff[2] bekannt gewesen, so hätte ich von dem Versuch Abstand genommen, es sei denn, dass man hierzu nach dem Vorschlag Modlinski's[3] elastische Ligaturen verwenden würde. Der Zufall ließ mich auf die Gelegenheit zum Versuch der Methode nicht lange warten. Ein 48jähriger, sehr dekrepider, mit einem über hühnereigroßen Pyloruscarcinom, mit stark ausgesprochenen Stenosenerscheinungen mir von der internen Abtheilung zugewiesener Pat. schien mir für diese Methode wie geschaffen. Ich legte zwei zur Darmachse senkrechte, etwa 2 cm von einander entfernte und eine dritte dieselben kreuzende

[1] 1898. p. 981.
[2] Centralblatt für Chirurgie 1899. p. 590.
[3] Verhandlungen des 28. Chirurgen-Kongresses.

Naht an. Der Erfolg blieb jedoch aus, und Pat. verschied nach 14 Tagen unter zunehmenden Stenosenerscheinungen. Bei der Sektion fanden wir das höchst überraschende Resultat, dass die Nähte bloß die Schleimhaut durchgeschnitten hatten, während die übrigen Schichten intakt geblieben waren. Der ungünstige Erfolg in meinem Falle mit den Erfahrungen anderer Chirurgen spricht keineswegs zu Gunsten dieser Operationsmethode, da sie höchst unsicher, im Enderfolg unberechenbar ist.

---

22) **H. Hofmann.** Zur operativen Behandlung der Aneurysmen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 2.)

H. theilt 7 operativ behandelte Fälle von Aneurysmen aus der v. Mikulicz-schen Klinik mit, die sämmtlich dauernd geheilt worden sind. 2mal wurde die zuführende Arterie allein unterbunden, 3mal die Exstirpation ausgeführt, 4mal endlich zuerst die zuführende Arterie unterbunden, dann nach Verheilung der Wunde das Aneurysma incidirt, ausgeräumt und mit einem Kompressivverband bedeckt (zweizeitiges Verfahren nach v. Mikulicz). Diese letztere Methode ist dem Verfahren von Antyllus zweifellos überlegen und besitzt auch vor der Exstirpation den Vortheil, weniger eingreifend zu sein und die Gefäße der Umgebung des Aneurysmas zu schonen; sie ist aber auf solche Fälle zu beschränken, in welchen eine Infektion des aneurysmatischen Sacks ausgeschlossen werden kann.

Honsell (Tübingen).

23) **H. Kaposi.** Über einen Fall von sogen. Sarcomatosis cutis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 2.)

Bei einem 52jährigen Mann hatten sich vor Jahresfrist mehrfache Geschwülste in der Haut der linken Wade, so wie eine Anschwellung des linken Hodens entwickelt; spontaner Rückgang beider Erscheinungen nach 6—8 Wochen. Vor 1/2 Jahr wiederholte sich die Hodenanschwellung, es traten Geschwülste in der Haut der linken Schulter, des linken Oberarms und der rechten Wade auf; hierzu gesellten sich Infiltrationen in verschiedenen Muskeln, so wie eine Anschwellung der linksseitigen Achseldrüsen. Arsenkur verschaffte nur vorübergehende Besserung, 1 1/2 Jahr nach Beginn des Leidens erfolgte der Tod. Die Sektion ergab eine Sarkomatose der Haut, Metastasen in den Hals- und Leistendrüsen, der Schilddrüse, dem Hoden, der Gallenblase und den Lymphdrüsen längs der Wirbelsäule.

Die Geschwülste erwiesen sich zusammengesetzt von Rundzellenanhäufungen mit lymphoidem Charakter, eingebettet in ein spärliches, retikuläres Stützgewebe.

Der Fall dürfte desshalb von besonderem Interesse sein, weil vielfach Beziehungen der Hautsarkome zu Lymphdrüsengeschwülsten angenommen worden sind. Wäre die Hautaffektion nicht dagewesen, so wäre die Erkrankung als ein gewöhnliches Lymphosarkom zu bezeichnen; umgekehrt entspricht die Hautaffektion für sich durchaus dem Bilde der Sarcomatosis cutis. Wie Verf. ausführt, müssten logischerweise die beiden Erkrankungsformen identificirt werden, doch möchte er diesen Schluss mit Rücksicht auf die eine Beobachtung noch nicht machen.

Honsell (Tübingen).

24) **Ivanischewitsch** (Nizza). Dermatite consécutive à la radiographie.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Juni.)

Der Fall, der einen russischen Fürsten betrifft, welcher wegen einer Fraktur des Os metatars. I während 55 Minuten den Röntgenstrahlen ausgesetzt war, ist darum bemerkenswerth, weil die schwere Hautentzündung erst nach 17 Tagen auftrat und 6 Wochen zu ihrer Heilung brauchte. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

25) **E. Sonnenberg.** Ein Fall von Verunstaltung der Haare bakteriellen Ursprungs. Nodositas pilorum microphytica. Trichomycosis palmellina Pick.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. Hft. 11.)

Diese an sich bedeutungslose Affektion ist in der Litteratur noch wenig beachtet, kommt aber nicht selten vor; meist wird man von besonders ängstlichen

Leuten um ihretwillen konsultirt. In dem Falle S.'s fanden sich oliven- bis braungelbe, derbe, längliche oder kugelige Auflagerungen auf den Haaren der Achselhöhle. Das Haar selbst bleibt intakt. Aus den fremden Massen wachsen nach Gram färbbare Diplokokken. **Jadassohn** (Bern).

26) **Spiegel.** Reizerscheinungen beim Gebrauch von Airolpulver.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. Hft. 12.)

Zwei Fälle von Idiosynkrasie gegen Airol — starke Schwellung und Blasenbildung an der Stelle und in der Umgebung der Applikation des Pulvers.

Jadassohn (Bern).

27) **O. Ehrmann.** Gläserne Salbenfülltuben.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. Hft. 5.)

Sehr einfach herzustellende billige, immer wieder zu benutzende und gut zu sterilisirende Glastuben; die Salbe befindet sich zwischen 2 Korken, von denen der eine festsitzt und das gläserne Ansatzrohr trägt, der andere, frei bewegliche, als Stempel dient. Diese Tuben sind gewiss praktischer als die Zinntuben und andere ähnliche Gefäße. **Jadassohn** (Bern).

28) **J. F. Müller.** Das Leprahospital zu Pelantoengan. Bericht über das Jahr 1897.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. Hft. 4.)

Aus dem statistischen Bericht über das oben genannte Hospital ist hervorzuheben, dass unter dem Material die makulösen und anästhetischen Fälle von Lepra auffallend überwiegen, und dass bei 25% der Kranken die ersten Erscheinungen schon vor dem 10. Lebensjahre auftreten. Verf. glaubt, dass irritirende äußere Behandlung die Lepra verschlimmere.

Er empfiehlt sehr warm die innere und äußere Anwendung von Chinosol, das in einer Tagesdosis von 1 g auch auf das Leprafieber vortheilhaft wirken soll.

Jadassohn (Bern).

29) **J. Masbrenier.** Craniectomie pour hémiplégie incomplète supposée d'origine traumatique et due à une meningite tuberculeuse.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Februar.)

Der Fall betrifft ein Kind von 6½ Jahren, das im Anschluss an einen Fall auf ebener Erde Konvulsionen bekam und in komatösen Zustand verfiel. Im Anschluss hieran trat Lähmung des linken Arms und der linken Gesichtshälfte auf. Die auf Grund dieses Befundes unternommene rechtsseitige Trepanation ergab nichts von Fraktur oder Bluterguss, sondern Tuberkulose der weichen Hirnhaut. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

30) **Lucae.** Operative Heilung eines Falles von otitischer Meningitis purulenta.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 23.)

Der Fall betrifft einen 14jährigen Knaben, welcher seit dem 4. Lebensjahre an eitriger Mittelohrentzündung litt, deren Folge eine auf den rechten Schläfenlappen beschränkte Basilarmeningitis war. Unmittelbar nach der Radikaloperation flossen nur geringe Mengen Eiter ab, es erfolgte auch keine wesentliche Besserung, die erst mit reichlichem Abfluss des Eiters durch die Öffnung in der Dura eintrat, worauf allmähliche Ausheilung erfolgte. Einige Tage nach der Operation wurde Schwerhörigkeit auf dem gesunden linken Ohr konstatirt, die in den folgenden Tagen zunahm, mit der beginnenden Rekonvalescenz aber vollständig verschwand. L. führt im Anschluss an diesen Fall noch einige an, in welchen dieselbe Erscheinung beobachtet wurde, und erklärt diesen Befund damit, dass durch die rechtsseitige Meningitis in dem benachbarten Labyrinth des anderen Ohrs eine zur Schwerhörigkeit führende Hyperämie hervorgerufen wurde, welche sich allmählich

mit Abnahme der lokalen und allgemeinen Erscheinungen ausglich und erst mit Eintritt der Rekonvalescenz ganz verschwand. **Gold** (Bielitz).

31) M. Delanglade. Abscès mastoïdien extra-dural et phlébite des sinus.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Mai.)

Nach Entleerung des extradural gelegenen Eiters heilte der Fall, der einen 10jährigen Knaben betraf, aus, trotzdem der Sinus transversus nicht eröffnet und die V. jugularis nicht unterbunden wurde. An der Phlebitis scheint nach den klinischen Symptomen (intensive Schwellung, Röthung, Ödem und Schmerzhaftigkeit der Schläfengegend und der betreffenden Halsseite, Osteomyelitis acuta femoris) kein Zweifel zu bestehen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

32) H. C. Gordinier. A case of brain tumor at the base of the second left frontal convolution.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Mai.)

Das Interessante des Falles besteht darin, dass das einzige Herdsymptom, welches sich fand, eine reine Agraphie war, nicht kombinirt mit irgend einer Form der Aphasie. Die Pat. konnte Geschriebenes vollkommen gut lesen, für sich oder laut, aber keinen einzigen Buchstaben korrekt schreiben, auch nicht nach Diktat. Sie hält die Feder richtig und macht normale Schreibbewegungen, die Schriftzüge sind aber nichts als eine Reihe von unzusammenhängenden Kurven. Die feinen Muskelbewegungen der rechten Hand werden in vollkommener Weise ausgeführt; es besteht keinerlei Lähmung im Bereich des rechten Arms.

Die Autopsie ergab ein Gliom von gelblichgrauer Farbe, ziemlich fester Konsistenz, welches sich an der II. Stirnwindung befand und sich nach unten innen in der Substanz des Centrum semiovale bis zum Vorderhorn des Seitenventrikels, nach vorwärts bis fast zur Spitze des Stirnlappens erstreckte.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

33) E. Thiercelin et G. Rosenthal. Sur un deuxième cas de méningite cérébro-spinale aiguë de l'adulte due au méningocoque avec septicémie constatée pendant la vie.

(Méd. moderne 1899. No. 53.)

24jähriger Mann erkrankt kurze Zeit vor seiner am 29. Januar 1899 erfolgten Aufnahme ins Hospital mit heftigen Kopfschmerzen; gleichzeitig zeigt sich die Schleimhaut der Nasenmuscheln mit unregelmäßigen, trockenen Schorfen bedeckt. Im Gefolge eines Schlags auf den Mund, den der Kranke erhalten, schwillt die Oberlippe unter Schmerzen an und bedeckt sich auch mit einer dicken, gelblichen Kruste.

Am Tage der Aufnahme beginnt eine Anschwellung der linksseitigen hinteren Cervicaldrüsen, die bald Hühnereigröße erreicht. Allgemeinbefinden, abgesehen von den Kopfschmerzen, gut. Keine Zeichen von Tuberkulose, keine Nachtschweiße oder Abmagerungen, nur leichtes Zurückbleiben der Lungenspitzen bei der Athmung. Temperatur 38,6.

Am 5. Tage, nach vorübergehendem Temperaturabfall, treten ausgesprochene Symptome von Meningitis auf. Morgentemperatur 38,6, Puls 90, Athmung 20. Unerträgliche Kopfschmerzen, Erbrechen, Fragen werden langsamer beantwortet. Beginnende Nackensteifigkeit. Leib kahnförmig eingezogen, vasomotorische Reizbarkeit erhöht, Obstipation; Reflexe normal.

Im Lauf der nächsten Tage nehmen die Symptome zu, Temperatur steigt, Puls wird langsamer, Bewusstsein immer mehr getrübt, schließlich Delirien, Koma, am 14. Tage Tod unter plötzlichem Anstieg der Temperatur auf 40,6. Obduktion verweigert.

Aus den Krusten der Nase und Oberlippe werden schon während des Lebens Meningokokken in Reinkultur gezüchtet, eben so aus dem Blut; letzteres wird,

da die Angehörigen eine Venaesectio verweigern, in der Weise gewonnen, dass Blutegel hinter das Ohr gesetzt und, nachdem vollgesogen, mit steriler Spritze punktirt werden. Das auf eine Maus verimpfte Blut tödtet das Thier in 48 Stunden, aus seinem Herzblut werden Meningokokken in Reinkultur gezüchtet. Die 2 Tage später ausgeführte Impfung aus einer Vene ergiebt das gleiche Resultat, eben so die nach dem Tod durch Lumbalpunktion gewonnene Impfung mit Liquor cerebrospinalis. Die mit Bouillonkulturen in die Ohrvene geimpften Kaninchen bekommen lokale Entzündungen, 1 einen Abscess, 1 ein ausgesprochenes Erysipel (Mischinfektion?); sie starben nach wenig Tagen.

Die Verff. denken sich die Entstehung des Leidens so, dass die gewöhnlich in der Nase vegetirenden Meningokokken auf dem Boden einer lokalen Läsion virulent geworden und dann entweder direkt oder auf dem Umweg durch die Lymphdrüsen und den Ductus thoracicus in die Blutbahn übergegangen sind, um sich schließlich in den Meningen anzusiedeln.

Es folgen Betrachtungen über die Biologie des Meningococcus und seine Stellung im System, die im Original nachgelesen werden müssen.

R. v. Hippel (Dresden).

34) **E. S. Perman.** Ett fall af traumatisk hæmatomyeli.

(Hygiea Bd. LXI. Hft. 1.)

Von den traumatischen Rückenmarksleiden, welche bisher gewöhnlich unter den Namen Commotio medullae spinalis, Railway-spine etc. registrirt worden sind, so wie von den traumatischen Neurosen verschiedener Art hat man im Lauf der Zeit eine gewisse Anzahl, deren Symptome auf eine akut entstandene Blutung in den Rückenmarkskanal hinwiesen, zu einer besonderen Gruppe zusammenfassen können. Verf. theilt einen Fall dieser sehr seltenen Krankheit, nebst orientirenden Bemerkungen über Symptome, Pathogenese und Differentialdiagnose mit.

Es handelt sich um einen 51jährigen Kavallerieofficier, der bei einer Jagd durch Fehltritt des Pferdes auf den Boden stürzte, wobei die Wirbelsäule mit der unteren Hals- und obersten Brustgegend zuerst getroffen wurde. Wahrscheinlich hat sich Pat. eine Hyperflexion zugezogen. Bei der Untersuchung wurden keine Zeichen von Bruch der Dornfortsätze oder Verrenkung oder Verstauchung der Wirbelkörper wahrgenommen, aber es bestand eine vollständige motorische Lähmung der unteren Extremitäten, sensible Parese des ganzen Körpers unterhalb einer etwa durch die beiden Brustwarzen gelegten Ebene; Hyperästhesie in beiden Armen, Herabsetzung der Muskelkraft in den Händen, Pupillenkontraktion, Lähmung der thorakalen Respirationsmuskeln, Schlingbeschwerden und Harnverhaltung. Erhöhte Körpertemperatur.

Der von einer sehr schweren Schädigung des Rückenmarks zeugende Symptomenkomplex änderte sich aber sehr bald. Schon am folgenden Tage war der Allgemeinzustand gebessert, und Pat. konnte das linke Bein ein wenig bewegen. Nach und nach nahmen die Lähmungssymptome von unten nach oben ab, die Temperatur fiel, und nach etwa 2 Wochen war die Sensibilität völlig normal. Pat. verließ nach 4 Wochen das Bett und wurde schließlich unter Massage und Heilgymnastik völlig wiederhergestellt.

In der Epikrise hebt Verf. besonders die Abwesenheit der Symptome einer Querschnittläsion als pathognomonische Eigenthümlichkeit dieser Krankheitsform hervor.

A. Hansson (Cimbrishamn).

35) **Heurtaux** (Nantes). Fibrome volumineux du cou d'origine intrarachidienne.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 756.)

H. beobachtete und exstirpirte erfolgreich bei einer 37jährigen Frau ein aus dem Wirbelkanal herausgewachsenes, sehr großes, vom rechten Warzenfortsatz bis zum Schlüsselbein reichendes Fibrom des Halses. Pat. hatte die Geschwulst zuerst

als Mädchen von 9—10 Jahren in Daumengröße beobachtet; seitdem war sie langsam, aber stetig ohne größere Beschwerden gewachsen.

Bei der Operation gewann H. zunächst den Eindruck, dass die Geschwulst von dem Lig. longitudinale anterius der Wirbelsäule ausging; doch fand er dann einen etwa fingerdicken Stiel der Geschwulst, der durch ein scharf umschriebenes Loch in einem, dem 2. oder 3., Halswirbel aus dem Wirbelkanal heraustrat. Beim Anziehen des Stiels floss plötzlich reichlich Cerebrospinalflüssigkeit ab. Der Stiel wurde abgebunden. Die Rekonvalescenz war ungestört. **Reichel** (Chemnitz).

36) **N. A. Sokoloff.** Beitrag zur Kasuistik der Erkrankungen der Gelenke bei der Gliomatose des Rückenmarks (Syringomyelie). 2. Mittheilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. p. 506.)

S. hat bereits in einer früheren Arbeit (cf. dieses Blatt 1892 p. 983) 3 eigene Beobachtungen gliomatöser Gelenkleiden nebst einer Zusammenstellung etlicher fremder veröffentlicht. Im vorliegenden Aufsatz publilirt er 8 neue einschlägige Fälle eigener Beobachtung. Auch in diesen Fällen sind, wie das für die Gelenkerkrankung bei Syringomyelie die Regel ist, die oberen Extremitäten betroffen, der Krankheitsverlauf ein exquisit chronischer, sich auf Decennien lang hinstreckender. 5mal ist der Ellbogen, je 2mal Schulter und Handwurzel und 1mal das Sternoclaviculargelenk betroffen, 2mal fand sich ein Bruch der Ulna. Zufällig hinzutretende Komplikationen, Panaritien, Phlegmone etc., verliefen meist auffällig günstig. Bezüglich der interessanten Einzelnheiten der Fälle ist auf die ausführlichen Originalkrankengeschichten zu verweisen, denen zahlreiche Photographien der hochgradig deformirten Gelenke beigefügt sind. Die primäre Rückenmarkskrankheit war den Pat. bei ihrer Aufnahme nie bekannt. Symptomatisch wurde dieselbe im Wesentlichen durch die charakteristischen Befunde der Thermoanästhesie und Analgesie erkannt. Die letztere gestattete, hier und da nothwendige operative Eingriffe ohne Narkose zu erledigen. In einem Falle wurde übrigens die Rückenmarksdiagnose später durch die Sektion bestätigt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) **B. Carlson.** Laparotomierna vid Sahlgrenska sjukhuset under år 1898.

(Upsala Läkarefören. Förhandl. N. F. Bd. IV. p. 459.)

In übersichtlicher und konciser Form liefert Verf. eine sehr lesenswerthe Darstellung der verschiedenen Fälle, bei denen im verflossenen Jahre die Laparotomie im städtischen Krankenhaus zu Gothenburg zur Anwendung kam. Die Fälle sind geordnet je nach dem Organ, welches die Behandlung bedingte: Magen (Gastrostomie, Gastroenterostomie, Pylorusresektion), Leber (Traumen, Abscesse), Gallenblase (Steine, Verwachsungen) etc. Auf die einzelnen Fälle näher einzugehen, würde zu weit führen; nur folgende Zahlen mögen hier genannt werden.

Die Totalsumme der ausgeführten Laparotomien ist 95; von diesen endeten 29 tödtlich. Bei Ausschluss der diffusen Peritonitiden und der brandigen Brüche kommen 17 Todesfälle auf 57 Heilungen. Von den diffusen Peritonitiden, deren Anzahl 13 betrug, wurden 5 Pat. durch die Operation gerettet, während 8 starben; von den gangränösen Hernien — in toto 8 Fälle, wo Resektion gemacht wurde — sind 4 geheilt.

Die allgemeinen Regeln für Laparotomien im genannten Krankenhaus werden vom Verf. ausführlich besprochen. Bemerkenswerthe Einzelheiten sind folgende: Kochsalztransfusion wird fast in jedem Falle nach der Operation ausgeführt; auch wo der Zustand des Pulses sie nicht fordert, kommt sie doch zur Anwendung, um der Austrocknung der Gewebe des Pat. vorzubeugen. Gleich nach der Operation wird das Fußende des vorher erwärmten Bettes, um die Thrombose der Venen der unteren Extremitäten zu verhindern, 30—40 cm erhöht, und dies wird so lange fortgesetzt (3 Wochen), als Pat. im Bett bleibt. Schon am Abend des Operations-

tages wird, bei unkomplicirten Laparotomien und besonders in allen Fällen, wo Darmparese zu befürchten wäre, Ausspülung des Darms gemacht, um die Peristaltik anzuregen. Nur bei sehr heftigen Schmerzen, großer Unruhe oder unstillbarem Erbrechen bekommt Pat. 1 cg Morphium subkutan. Verf. hat vorher in vielen Fällen schon nach 2 oder 3 Morphiumgaben große Schwierigkeiten zu bekämpfen gehabt. Besonders bemerkenswerth ist das vom Verf. beobachtete Verhältnis, dass die unbehaglichen Nachwirkungen der Narkose (sie wird mit Chloroform eingeleitet und, so bald das Excitationsstadium eingetreten ist, mit Äther fortgesetzt) in denjenigen Fällen viel weniger ausgeprägt sind, wo in Trendelenburg's Lage operirt wird. Vielleicht erklärt dies sich daraus, dass in dieser Lage weniger mit Chloroform und Äther vermischter, die Magenschleimhaut reizender Speichel verschluckt wird. A. Hansson (Cimbrishamn).

38) **H. Gilford.** The surgical treatment of (unperforated) gastric ulcer.

(Guy's hospital reports 1898. Vol. LIII. p. 103—125.)

Verf. stellt für die Operation bei Magengeschwür (abgesehen von der Perforation eines solchen) folgende 3 Indikationen auf:

1) Immer von Neuem auftretende, jeder internen Behandlung spottende Recidive der Geschwürssymptome (Schmerz, Blutung, Erbrechen).

2) Unstillbare Blutung, aber nur wenn derselben Geschwürssymptome vorausgegangen sind; ferner recidivirende kleine Blutungen, die den Pat. erschöpfen.

3) Akute Geschwüre mit durch das Geschwür bedingten Komplikationen, »die als solche schmerzvoll oder gefährlich sind«, d. i. Verwachsungen, Stenosen, Sanduhrmagen, schwere Dilatation.

Aus seiner Praxis berichtet Verf. über 3 Fälle, die diese Indikationen illustriren:

1) Mädchen von 19 Jahren. Trotz langer, oft wiederholter interner Behandlung stets recidivirende Geschwürssymptome. Bei einem besonders heftigen Anfall mit heftigem akutem Schmerz, der den Verdacht einer beginnenden Perforation nahe legt, wird die Operation beschlossen. Man findet nahe der großen Curvatur ein Geschwür der vorderen Magenwand. Es war durch leicht lösbare Verwachsungen an die Bauchwand fixirt. Geschwür am Rand mäßig dick, im Centrum sehr dünn. Excision, Naht. Pat. geht 32 Stunden nach der Operation nach unstillbarem Würgen an Erschöpfung zu Grunde. Bei der Obduktion findet sich die Magennaht tadellos.

2) 30jährige Frau. Nie Geschwürsbeschwerden. Plötzliche Magenblutung, die trotz Mastdarmernährung etc. immer von Neuem recidivirt und schließlich nach 15 Tagen nach dem Auftreten der 1. Blutung zur Operation zwingt. Hierbei kann auch nach der Eröffnung des Magens das Geschwür nicht gefunden werden. 9 Tage später Tod an Entkräftung. Bei der Obduktion wird dicht bei der gut verheilten Mageníncision ein Geschwür von 3 cm Durchmesser gefunden. Verf. ist der Ansicht, dass dasselbe bei der Operation noch sehr klein war und sich in den 9 Tagen zu der beschriebenen Größe entwickelt hat.

3) Mädchen von 22 Jahren. Seit 4 Jahren Geschwürssymptome, seit 3 Jahren Stenosenerscheinungen, mit reichlichem Erbrechen, des öftern mit etwas Blutbeimengung. Diagnose: Narbenstenose des Pylorus mit offenem Geschwür. Die Operation zeigte den Magen in massenhafte Verwachsungen eingebettet. Es fand sich ein Sanduhrmagen, dessen Cardiatheil durch eine Öffnung an der kleinen Curvatur mit einem subphrenischen Sack kommunicirte. Operation nach Heineke-Mikulicz. Nach 16 Tagen geheilt entlassen. Bald trat das Erbrechen wieder auf. Nach 1 Monat plötzlicher Tod an profuser Magenblutung.

Bei der Obduktion finden sich 3 offene Geschwüre im Cardiamagen. Der subphrenische Sack, offenbar durch Perforation eines Geschwürs und Abkapselung eines subphrenischen Abscesses entstanden, war wesentlich verkleinert. Die Blutung war erfolgt aus einer noch ungeheilten Stelle der incidirten Magenstenose.

Da sich an der verengten Stelle des Sanduhrmagens keine Spur einer Narbe fand, glaubt Verf. den Sanduhrmagen im vorliegenden Falle nicht durch Geschwür entstanden, fasst ihn als Missbildung auf. **E. Martin** (Köln).

39) **H. Hartmann.** Gastrorrhaphie et gastropexie combinées.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. April.)

Es handelt sich um eine 31jährige Frau mit Dilatation und vertikaler Dislokation des Magens. In der Gegend des Pylorus wird durch 4 Seidennähte eine ausgiebige Faltung vorgenommen; darauf wird der Magen mit einigen Nähten am Peritoneum parietale in der Höhe des linken Rippenbogens fixirt, so dass der Grund unter die linksseitige Zwerchfellswölbung, der Pylorus unter die Leber zu liegen kommt. Heilung. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

40) **Deppe.** Über multiple tuberkulöse Darmstenosen.

Inaug.-Diss., Tübingen, 1899.

Anschließend an die bekannten Beobachtungen bezw. Zusammenstellungen von Hofmeister, v. Eiselsberg u. A. berichtet D. über einen weiteren mit Erfolg operirten Fall multipler tuberkulöser Darmstriktur. Ein 12jähriger, sonst gesunder Knabe, der seit 10 Jahren an habitueller Verstopfung, seit 2 Jahren an Erbrechen litt, und dessen Koth wie Urin Blutbeimengungen aufwiesen, wurde mit Ileussymptomen ins Magdeburger Krankenhaus aufgenommen. Bei der Operation Dr. Habs) zeigte der tuberkulös erkrankte Dünndarm — feinste miliare Knötchen an der Oberfläche — an 3 Stellen Einschnürungen, darunter eine undurchgängig, starre Ringe von je 0,5 cm Breite im ganzen Umfang des Darms, die sich auf ein Darmstück von etwa 25 cm Länge vertheilten. Ausschaltung der erkrankten Partie, Anastomosenbildung. Der Kranke wurde »geheilt« mit erheblicher Gewichtszunahme entlassen. **Gross** (Straßburg i/E.).

41) **F. Göppert.** Über einen Fall von angeborener Abknickung des Dickdarms in Rücksicht auf die sog. angeborene Dilatation und Hypertrophie des Colons.

(Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. V. p. 175.)

G. beobachtete bei einem 5 Wochen alten Kinde eine Abknickung des Darms an der Übergangsstelle von Flexura sigmoidea zum Mastdarm, durch die schwere Erscheinungen der Obstruktion mit sekundärer Erweiterung des Dickdarms bis zum Colon ascendens hervorgerufen wurden. Durch Drainage des Mastdarms war die Knickung nach 7monatlicher Behandlung gehoben. An der Hand einer Reihe ähnlicher Fälle aus der Litteratur betont G., dass das Gemeinsame und das Hauptmoment in der Knickung des Darms an der erwähnten Stelle liegt, wobei es vor der Hand unentschieden bleiben muss, ob eine angeborene Hypertrophie und Dilatation des Dickdarms, wie Hirschsprung annimmt, oder die von Marfan angenommene Anomalie in der Form der Flexura sigmoidea oder die von Roser gefundene angeborene Striktur des Mastdarms das Primäre des Leidens ist.

Buchbinder (Straßburg i/E.)

42) **Margarucci.** Ein Fall von abdominaler Splenopexie.

Sep.-Abdr., Rom, **Inn. Artero,** 1898.

Hypertrophische Wandermilz bei einer jungen Frau, in Folge von Malaria entstanden. Die Beschwerden waren sehr erheblich: heftige Schmerzen im linken Hypochondrium, Erschwerung aller Bewegungen, Empfindung der Schwangerschaft, absolute Arbeitsunfähigkeit. Die objektive Untersuchung ergab einen abgerundeten, mehr oder weniger beweglichen Körper im linken Hypochondrium, welcher ca. 4 cm über die Rippen hinausging. Verf. beschloss, das Organ zu fixiren. Incision von 14 cm Länge, parallel dem linken Rippenbogen, 6 cm vom Schwertfortsatz anfangend. Eröffnung des Bauchfells, Lösung einer Darmverwachsung. Es wurde nun versucht, die Milz aus dem Peritonealschlitz herauszuziehen, was jedoch wegen ihrer Größe nicht gelang. Das Organ legte sich vielmehr mit seinem vorderen unteren Rand zwischen die Ränder der Bauchwunde und klemmte sich in dieser

Lage fest ein. Verf. benutzte diesen Umstand, indem er den eingeklemmten Theil der Milz in der von selbst sich darbietenden Position fixirte. Erst wurde das Bauchfell ringsum festgenäht, dann der aponeurotische Theil der Bauchwand eben so an die Kapsel der Milz befestigt. Darüber wurde die Haut vereinigt. Heilungsverlauf glatt. Die Kranke war völlig befreit von ihren Beschwerden; die Milz blieb an dem Ort der Befestigung fixirt und schien erheblich verkleinert.

H. Bartsch (Heidelberg).

Aufforderung zu einer Sammelforschung über die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf den menschlichen Organismus.

Einer Anregung des Herrn Levy-Dorn folgend, eröffnet die unterzeichnete Redaktion eine Sammelforschung, betreffend die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf den menschlichen Organismus. Es soll diese Sammlung in gewissem Sinn eine Ergänzung zu der von der Röntgen-Society in London begonnenen und ähnlichen Zwecken dienenden Untersuchung sein. Alle diejenigen Ärzte, welche über Erfahrungen auf diesem Gebiet verfügen, werden ersucht, unter möglichster Benutzung des beifolgenden Schemas einen kurzen Bericht an den Unterzeichneten senden zu wollen. Das so gewonnene Material wird von der Redaktion geordnet und zur Publikation vorbereitet werden. Die Autoren erhalten vor Drucklegung Korrektur. Eventuell könnte der gesammelte Stoff einer gelegentlich des nächsten Kongresses für Chirurgie zu veranstaltenden Diskussion zu Grunde gelegt werden.

Schema.

a. Art der durch Bestrahlung verursachten Affektion,
   1) der Haut, Haare, Nägel etc.,
   2) des übrigen Körpers.
b. Allgemeinkonstitution des Pat. (z. B. ob anämisch, tuberkulös, syphilitisch etc.).
c. Schwere der verursachten Affektion (Erythem, Dermatitis, Gangrän etc.).
d. Ausgang. Ob in Heilung und Art der Behandlung.
e. Subjektive Empfindungen des Pat.
f. Nach wie vielmaliger Bestrahlung traten die Erscheinungen ein?
   1) Zahl der Sitzungen,
   2) Dauer der Sitzungen.
g. Nach wie viel Bestrahlungen traten die ersten Reaktionszeichen (Röthung) ein?
h. Mit welchen Schutzvorkehrungen wurden nicht zu bestrahlende Partien geschützt?
i. Welche Röhren erwiesen sich am wirksamsten?
   1) weiche (niedrige),
   2) harte (hohe).
k. Wie groß war der Röhrenabstand vom zu behandelnden Körpertheil?
l. Wurde die Röhre senkrecht zum zu behandelnden Theil gestellt?
m. Funkenlänge der Röhre.
n. Volt und Ampère.
o. Zahl der Unterbrechungen in der Minute.
p. Bei welchen krankhaften Zuständen wurden bisher die Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken angewendet.
q. Bemerkungen.

Hamburg Esplanade 38.

Red. der **Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.**

Dr. Albers-Schönberg.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 40. **Sonnabend, den 7. Oktober.** **1899.**

Zur Drainage der Gallenwege.

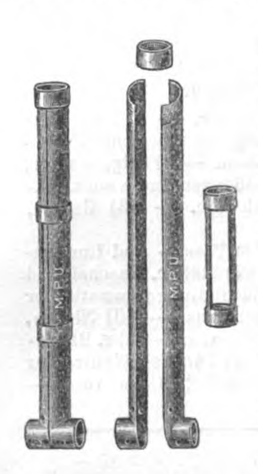
Von

Dr. **Th. v. Dembowski** in Wilna.

In der letzten Zeit geräth das Streben in der Chirurgie der Gallenwege zu sogenannten idealen Operationen immer mehr in Misskredit. Kehr hält die ideale Cystikotomie für nicht erlaubt, und wenn er auch in gewissen Fällen die Naht nach Choledochusincision für zulässig hält, so hat er doch selbst die Drainage des Hepaticus nach Choledochotomie in unsere Technik als typisches Verfahren eingeführt. In der That muss man bedenken, dass die mit großen technischen Schwierigkeiten angelegte Naht nicht immer halten wird und ihr Misslingen für den Kranken, wenn auch bei präventiver Tamponade nicht den Tod herbeiführt, doch viel gefährlicher ist als die von vorn herein und zielbewusst angewandte Drainage. Dabei darf man nicht vergessen, dass sogar in des Meisters Händen das

Anlegen der Naht technisch schwierig und zeitraubend ist, während doch bei den meisten Kranken, die dieser Operation unterworfen werden müssen, jede Minute, um welche die Dauer der Operation abgekürzt werden kann, schätzbar ist. Die meisten sind sehr geschwächt, und außer den gewöhnlichen Gefahren der Narkose muss man bei ihnen immer daran denken, dass das Erbrechen nach dem Chloroform leicht in lebensgefährliche Hämatemesis übergehen kann, und zwar um so leichter, je länger die Operation dauert.

In einem Falle nach Choledochusincision habe ich die Drainage etwas modificirt. Aus dem Drainrohr habe ich ein rundes Loch ausgeschnitten und das Drainrohr, mit dem Loch nach dem Hepaticus gekehrt, in den Ductus choledochus in der Richtung zum Duodenum eingeführt, und zwar so tief, bis aus dem oberen Ende Galle zu fließen anfing: ein Zeichen, dass das seitliche Loch dem Lumen des Choledochus entsprach. Wenn ich nun das obere Ende des Drains abklemmte, so floss die Galle unbehindert in der Richtung des Duodenums. In dieser Lage befestigte ich das Drainrohr durch eine Naht an den Rand der Bauchwunde. Um dasselbe herum waren Gazestreifen bis an den Choledochus eingeschoben. Nach 10 Tagen habe ich die Gazestreifen und nach weiteren 6 Tagen den Drain entfernt. Der Fall heilte glatt.



Im vergangenen Herbst, bei Gelegenheit eines Besuchs in Halberstadt, habe ich diese Modifikation der Choledochusdrainage dem Prof. Kehr mitgetheilt, welcher sie vollständig approbirte.

Nun habe ich aber gegen Choledochusdrainage einige Bedenken. Ob man den Drain in der Richtung des Hepaticus oder in der Richtung zum Duodenum einführt, so erfährt er beim Herausleiten zur Bauchwunde eine Biegung, wobei der Choledochus vom Grund der Wundhöhle abgehoben wird, was zur Knickung desselben an der Incisionsstelle führen kann. Diese Knickung kann beim Verwachsen der granulirenden Wandungen der ganzen Wundhöhle narbig fixirt werden, was mit der Zeit eine Stenose erzeugen wird.

Um das zu vermeiden suchte ich die Drainage so auszuführen, dass einerseits die Galle frei in der Richtung des Duodenums fließen könnte, dass aber andererseits der Kanal des Choledochus keine Knickung erfahre, nur in der geraden Richtung, an Ort und Stelle bleibend, verlaufe.

Nach Überwindung verschiedener technischer Schwierigkeiten ist es mir gelungen, von der Medicinisch-polytechnischen Union in Berlin (Ziegelstr. 3) einen Drain zu bekommen, welcher diesen Anforderungen voll entspricht.

Die Vorrichtung zur Drainage der Gallenwege ist konstruirt nach dem Princip der sogenannten Entwöhnungskanüle nach Tracheotomie. Wie aus nebenstehender Zeichnung ersichtlich ist, besteht sie aus 2 Halbcylindern, die durch 2 mit einander durch leichte Stäbchen verbundene Ringe zu einem geschlossenen Rohr vereinigt werden können. Jeder Halbcylinder hat an seinem oberen Ende ein Gewinde, so dass man, wenn sie zusammengelegt sind, diese oberen Enden noch durch eine leicht aufschraubbare Hülse fest vereinigen kann. An den unteren Enden tragen die Halbcylinder je einen kurzen Cylinder, an welchen ein dünnwandiges Gummiröhrchen befestigt wird. Diese Gummiröhrchen werden an die kurzen Cylinder angenäht, wozu die an der Zeichnung sichtbaren Löcher dienen. 2 von diesen Löchern liegen am unteren Ende des Halbcylinders, zwei andere an der unteren Fläche des kurzen Cylinders. Die Löcher liegen so nahe in jedem Paar an einander, dass der befestigende Faden in dem Lumen nicht prominirt, nur fast wandständig liegt.

Die Drainage wird so hergestellt, dass zuerst ein Gummiröhrchen in der Richtung zum Duodenum, dann das zweite in der Richtung zum Hepaticus gesondert eingeführt wird, worauf man die zwei Ringe auf die Halbcylinder bis zu den kurzen unteren Cylindern schiebt und die oberen Enden zusammenschraubt und schließlich die obere Öffnung durch einen kleinen Kork verstopft.

Beim Entfernen der Kanüle kann jedes Röhrchen mit dem entsprechenden Halbcylinder sehr leicht herausgenommen werden. Die kurzen Cylinder an den unteren Enden derselben sind so niedrig, dass man dabei die Ränder der Choledochuswunde gar nicht zerrt, besonders wenn man den Halbcylinder nicht direkt nach oben zieht, sondern zuerst sein oberes Ende abbiegt und dann herausleitet.

Die Kanülen sind in 3 Stärken ausgeführt.

---

1) **Levai.** Über Simulation von chirurgischen Krankheiten.

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 25 u. 26.)

Seit Einrichtung der Kranken- und Unfallversicherung der Arbeiter ist die Neigung derselben zu Simulation bedeutend gestiegen und erstreckt sich auch auf chirurgische Erkrankungen, bei denen die Diagnose der Simulation oft schwieriger ist als bei inneren Leiden.

Die meisten derartigen Simulanten klagen über Muskel- oder Gelenkschmerzen angeblich in Folge einer Distorsion. Die häufigste Klage sind Kreuzschmerzen (Lumbago) in Folge Hebens zu schwerer Lasten. Ein an Lumbago Erkrankter ist arbeitsunfähig, obgleich an ihm eben so wenig etwas Objektives zu fühlen ist, wie bei einem Simulanten; und dass bei diesem Leiden das Beugen des Rückens schmerzlos und nur die Streckung schmerzhaft ist, haben letztere bald heraus. Man muss desshalb den Simulationsverdächtigen solche Bewegungen mit den Armen und Beinen ausführen lassen, bei denen der Erector trunci bald in Aktion tritt, bald nicht. So kann z. B.

ein Lumbagokranker die in der Sagittalebene gestreckten Arme gegen Widerstand bis zu 45° ohne Schmerz erheben, dann tritt Schmerz im Rücken ein; das Rückwärtsdrängen ist schmerzhaft. In der Frontalebene gestreckte Arme können ohne Schmerz nach vorn und unten, nur unter Schmerzen nach hinten und unten gegen Widerstand bewegt werden. Lässt man in der Weise den Simulanten Arm- und Beinbewegungen ausführen, bei denen er unbewusst den Erector trunci bald in Aktion setzen muss, bald nicht, so wird er sich bald durch falsche Angaben über den Schmerz verrathen.

Eine weitere Methode ist die, dass man den Verdächtigen Widerstandsbewegungen mit dem angeblich schmerzhaften Muskel machen lässt, wobei man aber den gewöhnlich bewegten Ansatzpunkt des Muskels fixirt und den Widerstand an dem gewöhnlich festen Punkt giebt, so dass der Verdächtige eine ganz andere als die schmerzhaft simulirte Bewegung zu machen glaubt. Der Verdächtige klagt z. B. über Schmerzen im Cucullaris beim Heben der Schulter; dann fixirt man die Schulter und lässt den Kopf gegen Widerstand auf die kranke Seite neigen. Dem Kranken ist diese Bewegung schmerzhaft, dem Simulanten, wenn er nicht sehr schlau ist, schmerzlos. Zweckmäßig ist es dabei, das Fixiren möglichst weit vom schmerzhaften Punkt entfernt zu besorgen, z. B. die Schulter zu fixiren, indem man am Ellbogen oder Handgelenk fasst und die Schulter abwärts zieht. Selbstverständlich ist es nothwendig, die Gelenke und Knochen genau zu prüfen und die Temperatur zu messen. L. räth dringend, nie ohne letztere Untersuchung Jemanden für einen Simulanten zu erklären.

L. giebt noch zahlreiche Beispiele und praktische Erfahrungen, die das Studium des Originals sehr empfehlenswerth machen.

Eine weitere Gruppe von Simulanten versucht, alte Leiden als neu und eventuell durch Unfall entstanden vorzutäuschen. Ihre Entlarvung ist oft leicht. Schwierigkeiten machen die Hernien. Eine Hernie ist wahrscheinlich frisch und akut entstanden, wenn die Bruchpforte eng, nicht abgeglättet, der Bruch prall und schwer reponirbar ist und nicht leicht wieder austritt, und in der Umgebung ein Bluterguss sich findet. Kennzeichen eines alten Bruches sind: Weite, glatte Bruchpforte, leichte Beweglichkeit oder Verwachsungen des Bruchs, Spuren (Druck) des getragenen Bruchbands. In zweifelhaften Fällen räth L., von jeder Beweisführung ärztlicherseits abzusehen und dem Kranken die Beweisführung zu überlassen, dass er vor dem angeblichen Unfall keinen Bruch hatte. L. glaubt, dass in Deutschland viel zu viel Renten an Bruchleidende gezahlt werden, in denen der Arzt nichts beweisen konnte.

Eine dritte Gruppe simulirt eine falsche Ursache der Verletzung oder des Leidens, um ein eigenes Verschulden zu verdecken. Zu ihrer Entlarvung gehört überlegene Schlauheit und Erfahrung. Auch hierfür giebt Verf. interessante Beispiele.

Die ganze Thätigkeit des Arztes in diesen Fragen ist schwierig, verantwortungsvoll und wichtig für die Versicherungsanstalten und die Versicherten aus finanziellen Gründen, für die Ärzte, weil jeder Irrthum von den Laien gegen sie ausgenutzt wird. L. spricht desshalb für eine bessere Vertheilung der Verantwortlichkeit zwischen Arzt und den für das betreffende Gewerbe sachverständigen Laien, als sie z. B. in Deutschland bis jetzt üblich ist, und für eine wohlwollende gemeinsame Arbeit dieser beiden maßgebenden Faktoren.

Grisson (Hamburg).

---

2) **Stolper.** Über die sog. Rückenmarkserschütterung.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1899. No. 15.)

Nach Ansicht des Verf. giebt es einen dem Gehirnerschütterungsbefund analogen Befund am Rückenmark nicht. Er erkennt den Begriff Rückenmarkserschütterung nicht an. Unter Berufung auf andere Autoren (Thorburn, Kocher, Minor, Goldscheider-Flatau), so wie auf Grund eigener Beobachtung weist er darauf hin, dass das Moment der Zerrung neben dem der Quetschung des Rückenmarks besonders berücksichtigt zu werden verdiene.

Im weiteren ficht Verf. die in der Litteratur »scheinbar histologisch begründete Theorie von der Commotio medullae spinalis« an, wobei er sich besonders gegen Schmaus, Experimentalergebnisse (Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 3) und Tilmann (Theorie der Gehirn- und Rückenmarkserschütterung, v. Langenbeck's Archiv Bd. LIX Hft. 1) wendet und die Ansichten dieser Autoren u. A. durch die Verschiedenartigkeit in der Befestigung des Gehirns und Rückenmarks in deren knöcherner Umhüllung zu widerlegen sucht.

Nach des Verf. Erfahrung sind die Fälle sog. Rückenmarkserschütterung gewesen entweder

1) Fälle mit Symptomen grobanatomischer Quetschungs- oder Zerrungsläsion des Marks oder der Wirbelsäule, oder aber

2) Fälle, bei denen eine Affektion der Psyche (traumatische Hysterie oder Neurasthenie) zur Erklärung der subjektiven Beschwerden und der geringen objektiven Symptome herangezogen werden muss.

Als Erläuterung hierfür bringt Verf. eine Reihe Krankengeschichten älterer Fälle, bei denen die ursprüngliche Diagnose auf Rückenmarkserschütterung gestellt war. An der Hand dieser Fälle bestätigt er die schon von anderen Autoren gefundene Thatsache, dass die schwersten Wirbelzertrümmerungen möglich sind ohne Rückenmarksverletzung, eben so wie Rückenmarksläsionen durch Unfälle hervorgerufen werden können, ohne dass hinterher Verletzungen der knöchernen Wirbelsäule nachweisbar sind, und dass drittens Wirbelfrakturen entstehen können ohne äußerlich sicht- oder nachweisbaren Gibbus. Als Nachweis letzterer Art von Wirbelverletzungen bringt Verf. das Röntgenbild einer Wirbelkompressionsfraktur.

Motz (Hannover).

---

3) **L. Mennière** (Reims). **Considérations sur le diagnostic et le traitement des déviations de la colonne vertébrale. Redressements forcés successifs. Nouvel appareil du soutien immobilisant la colonne vertébrale sans immobiliser les muscles.**

(Méd. moderne 1899. No. 40.)

Das ursprüngliche Calot'sche Verfahren der manuellen Extension und Kontraextension mit Eindrücken des Buckels ist wegen seiner Gefahren zu verwerfen; an seine Stelle hat Schraubenzug und Pelottendruck, durch eingeschaltete Manometer dosirt, zu treten. M. hat zu diesem Zweck einen »neuen« Apparat konstruirt, den er abbildet.

Für die Diagnose der Schwere der anatomischen Veränderungen ist das Röntgenverfahren ein vorzügliches Hilfsmittel. Bei hochgradigen Zerstörungen soll man das forcirte Redressement unterlassen und sich mit einer Verbesserung der Stellung, die ev. in mehreren Sitzungen zu steigern und inzwischen durch fixirende Verbände sicher zu stellen ist, begnügen. Abscesse sind eine Kontraindikation für das Redressement; für ihre, oft sehr schwere Diagnose ist die Röntgenaufnahme ebenfalls sehr zu empfehlen. Lähmungen geben die unbedingte Indikation zu der Operation. Große Sorgfalt ist auf die Verhütung von Lungenkomplikationen zu verwenden. Die geeignete Zeit für die Behandlung ist das Frühstadium, in dem die Verkrümmung oft nur auf Muskelkontraktur ohne Zerstörung an den Wirbeln beruht; ist die deforme Wirbelsäule erst einmal ankylotisch geworden, so hat die Behandlung keinen Sinn mehr.

Das durch das Redressement erhaltene Resultat kann man nur bewahren, wenn der Kopf in den anzulegenden Stützapparat mit einbezogen wird. Um den Pat. die lästige Gipskapsel um den Kopf zu ersparen, welche die Mädchen auch zur Preisgabe ihres Haarschmucks zwingt, hat M. einen zweitheiligen, durch verstellbare Theile verbundenen Apparat konstruirt, welcher, in das Gips- oder Filzkorsett eingefügt, an Kinn und Hinterkopf angreift und so die Distraktion der Wirbelsäule bewirkt. Das Filzkorsett hat noch den Vortheil, dass es für Röntgenstrahlen durchgängig ist, und man daher unter ihm die ev. reparatorischen Vorgänge an der Wirbelsäule direkt studiren kann. Um die Atrophie der Muskulatur zu verhindern, bringt M. zu beiden Seiten der Wirbelsäule eine Reihe von Löchern im Korsett an, durch welche mittels besonders konstruirter Knopfelektroden die Muskeln elektrisirt werden.

(Für Denjenigen, welcher die Vorträge von Hoffa, Lorenz, Wullstein, Vulpius und Schede und die sich daran anschließende Diskussion auf dem Chirurgenkongress von 1898 kennt, bringen die Ausführungen W.'s nichts Neues. Er wünscht dieselben aber auch selber nur als Ausfluss seiner persönlichen Erfahrungen ohne Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur bekannt zu geben, und von diesem Gesichtspunkt betrachtet sind sie gewiss nicht ohne Werth, in so fern sie die Erfahrungen dieser Autoren bestätigen. Ref.)

R. v. Hippel (Dresden).

4) **J. Hess** (Zürich). Weitere Beiträge zur Pathologie der Totalskoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VI. Hft. 3 u. 4.)

Unter Benutzung des klinischen Untersuchungsmaterials des Lüning-Schulthess'schen orthopädischen Instituts untersuchte Verf. die Frage der Persistenz der Totalskoliose. Das Material ist zum Theil schon von Steiner zu seiner Arbeit über die Totalskoliose (cf. Centralblatt für Chirurgie 1898 No. 25) verwendet worden. Von 86 Beobachtungen sind 60 Totalskoliosen bestehen geblieben, wie bei den Nachuntersuchungen zu konstatiren war. Die Beobachtungszeit von persistirenden Formen ist 1 Jahr und darüber. Die rechtskonvexen Totalskoliosen sind unbeständige Formen und einer Behandlung leichter zugänglich als die linkskonvexen. Verf. hält den Beweis hierfür erbracht, dass die Totalskoliose als eigenes Krankheitsbild für sich und nicht als bloße Initialform anderer Krümmungsformen zu betrachten ist. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

5) **J. Åkerman.** Om den operativa behandlingen af arthritis deformans.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. IX. No. 18 u. Bd. X. No. 10.)

Wer heut zu Tage eine Arbeit über Arthritis deformans schreiben will, muss zuerst den Begriff der fraglichen Krankheit zu präcisiren suchen. »Erstens muss man die Fälle tuberkulösen, syphilitischen, gonorrhoischen, septischen und neuropathischen Ursprungs ausscheiden«, nachher auch die Arthritis urica. Dann bleiben die chronischen Rheumata nebst den deformirenden Arthritiden übrig. Da aber diese beiden Begriffe einander nicht ausschließen — die deformirende Arthritis ist mehr ein pathologisch-anatomisches Endprodukt, der chronische Gelenkrheumatismus eine klinisch-ätiologische Diagnose —, »darf es vorläufig am einfachsten und richtigsten sein, die Sache als Das gelten zu lassen, was sie zu sein scheint, diejenigen Fälle Arthritis deformans zu nennen, welche sich klinisch und pathologisch-anatomisch als solche manifestiren, und den Namen chronischer Gelenkrheumatismus für diejenigen Fälle zu reserviren, in welchen das Leiden sich im Zusammenhang mit einem akuten oder subakuten Rheumatismus entwickelt«.

Nachdem Verf. einleitungsweise den Stoff besprochen und die geringe Übereinstimmung der Autoren in der Frage, was man überhaupt unter Arthritis deformans versteht, konstatirt hat, stellt er in den 5 folgenden Abschnitten seiner Arbeit unser heutiges Wissen und Können Betreffs der operativen Behandlung der Arthritis deformans zusammen. Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen und Handgelenk werden je nach einander durchgemustert.

Verf. hat selbst 3 Fälle operirt, außerdem sind im Zeitraum von 1886—1897 im Serafimerlazarett zu Stockholm noch 6 andere Fälle operirt worden, deren Krankengeschichten Verf. ausführlich mit-

theilt. Wenn die in der Litteratur zerstreuten Fälle mitgerechnet werden, ist die Zahl der wegen Arthritis deformans coxae Operirten 14, genu 19, axillae 5, cubiti 7 und carpi 3. Meistens sind mehr oder weniger ausgedehnte Resektionen ausgeführt worden.

Alles in Allem geht aus der Darstellung hervor, dass die operative Behandlung der Arthritis deformans in der Litteratur sehr wenig beachtet und behandelt ist. Die Indikationen und Operationsmethoden sind sehr wechselnd gewesen, die Resultate ungleichartig, und darum die Prognose unsicher. So viel steht jedoch fest, dass in einer gewissen Anzahl von Fällen durch die Operation eine gute und genügende Wirkung in verschiedenen Gelenken erreicht worden ist. Obschon die Zahlen noch sehr klein sind, geht doch aus der Zusammenstellung Verf.s deutlich hervor, dass die operative Behandlung der Arthritis deformans nicht nur berechtigt, sondern auch nützlich ist. Größere Erfahrung und genauere, vor Allem durch längere Zeit fortgesetzte Beobachtung der Fälle werden nicht nur die Indikationen und Operationsmethoden näher feststellen, sondern auch für bessere Resultate die Bahn brechen. Verf. glaubt, dass in allen den Fällen, wo die konservativen Behandlungsmethoden gescheitert sind, und in welchen der Allgemeinzustand, das Alter des Pat. oder die um sich greifende Polyarthritis und andere specielle Ursachen keine Kontraindikationen abgeben, die blutige, mehr oder weniger radikale Operation nicht nur das ultimum refugium der Zukunft, sondern auch eine völlig berechtigte und empfehlenswerthe Behandlungsmethode der Arthritis deformans sein werde. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

---

6) **G. Riethus.** Über Verletzungen des N. radialis bei Humerusfrakturen und ihre operative Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. No. 23.)

Verf. unterscheidet primär, d. h. unmittelbar nach dem Trauma eingetretene Lähmungen und solche, die sich sekundär, erst nach Tagen und Wochen entwickeln. Bei den ersteren kann es sich handeln um direkte Kontusion, Zerrung oder Quetschung des Nerven durch die dislocirten Fragmente, Interposition zwischen die Fragmentenden, endlich um völlige Kontinuitätstrennung. In 8 eigenen einschlägigen Fällen handelte es sich 5mal um Kontusionen, 3mal um völlige Zerreißungen. Entsprechend den verschiedenen Graden der Verletzung zeigten auch die Nervenlähmungen verschiedene Grade (1mal bloß Parese, in den übrigen Fällen komplete Lähmungen). Die Symptome sind innerhalb der motorischen Sphäre am deutlichsten, weit weniger konstant pflegen dagegen die sensiblen Erscheinungen zu sein. Große Schwierigkeiten kann die Diagnose der einzelnen Arten von Nervenläsion bereiten, im Allgemeinen sprechen hochgradige Dislokation der Fragmente oder starkes Vorspringen derselben für Kontusion, gleichzeitige Lähmung der Sensibilität, Vorhandensein eines Punctum maximum der Anästhesie zwischen Os metacarp. I

und II (Létiévant), ausgiebige Bewegungen der Bruchstücke im Gefolge der frakturirenden Gewalt für völlige Zerreißung.

Die Therapie hat sich zunächst auf die Behandlung der Fraktur zu beschränken, ein operativer Eingriff ist erst dann indicirt, wenn die Aussicht auf ein spontanes Zurückgehen der Lähmung schwindet, soll dann aber so bald als möglich vorgenommen werden. Die Nervennaht wurde in den Fällen R.'s im Ganzen 3mal ausgeführt in einem Zeitraum von 23—53 Tagen nach dem Unfall; 2mal erforderte die starke Retraktion der Nervenenden eine bis dahin am N. radialis noch nicht geübte Art der Plastik (Kontinuitätsresektion des Humerus). Die Funktion begann wieder einzutreten bei den Fällen, in welchen eine Nervennaht nicht nöthig war, im Lauf von 12—100 Tagen (nach dem Unfall), bei den übrigen 5—5$^1/_2$ Monate nach der Operation.

Die sekundären Radialislähmungen sind als Kompressionslähmungen anzusehen; da der schädigende Einfluss nicht momentan, sondern dauernd wirkt, so pflegen diese mehr allmählich, und zwar zunächst mit Störungen der Sensibilität einzusetzen. Die Möglichkeit eines spontanen Rückgangs ist hier so gut wie ganz ausgeschlossen; daher hat ein operatives Eingreifen unbedingt, und zwar sobald als möglich, stattzufinden. In den 9 vom Verf. mitgetheilten eigenen Fällen genügte stets die isolirte Lagerung des Nerven zwischen die Muskulatur der Umgebung; einmal wurde auch hier zugleich mit der Resektion des komprimirten Nerventheils eine Verkürzung der Fragmentenden des Humerus nothwendig. Die Resultate waren durchaus günstige: theilweise war schon in den nächsten Tagen, andere Male erst nach 2—5 Monaten eine Besserung bemerkbar. Wie bei den primären Frakturen, so ist auch bei den sekundär entstandenen die Dauer der Regeneration von Intensität und Dauer der Schädigung abhängig.

Honsell (Tübingen).

---

7) **W. Hultkrantz.** Das Ellbogengelenk und seine Mechanik. Eine anatomische Studie.

Jena, **G. Fischer,** 1897. Mit 21 Textfig. und 4 Taf.

Die schöne monographische Bearbeitung des Ellbogengelenks durch H. gliedert sich in 4 Abschnitte: 1) der Bau des menschlichen Ellbogengelenks; 2) die Bewegungen des menschlichen Ellbogengelenks; 3) die Entwicklung des menschlichen Ellbogengelenks; 4) zur vergleichenden Anatomie des Ellbogengelenks. Im 1. Abschnitt werden zunächst die Gelenkenden der in Betracht kommenden Knochen in ihrer Konfiguration genau geschildert und einige anthropologisch wichtige (oder doch von den Autoren dafür gehaltene) Punkte besonders betrachtet. Die Perforation der Fossa olecrani vermag H. nicht als ein atavistisches Merkmal zu betrachten, vielmehr führt er sie einfach auf einen größeren Umfang der Beuge- und Streckbewegung und eine damit in Verbindung stehende stärkere Entwicklung des Proc. coronoideus und des Olecranon zurück. Da-

gegen lässt sich viel eher der Proc. supracondyloideus als ein Rückschlag auf frühere phylogenetische Entwicklungsstadien deuten. Die Größe des Kubitalwinkels (Winkel zwischen der Achse des Humerus und der bekanntlich schräg liegenden Flexionsachse des Ellbogengelenks), so wie die des Torsionswinkels (Winkel zwischen der Flexionsachse des Ellbogengelenks und der Achse des Humeruskopfes) wurden von H. durch zahlreiche Messungen festgestellt. Eingehend behandelt H. die bisher noch nicht genügend bekannte Architektur der Spongiosa in den das Gelenk komponirenden Knochen und zeigt, »dass auch die Knochen des Arms ein gut motivirtes und zweckmäßiges Gefüge besitzen, und dass beinahe jede Einzelheit in der Struktur durch eine entsprechende stärkere Beanspruchung zu erklären ist«. Von besonderem Interesse werden die diesbezüglichen speciellen Ausführungen dadurch, dass, entsprechend der funktionellen Verwendung der vorderen Extremität, weniger der Druck als vielmehr der Muskelzug als gestaltendes und richtendes Moment in Betracht kommt. Das 4. Kapitel, das »die Knorpel und die Gelenkflächen« behandelt, enthält außer einer genauen Betrachtung der feineren Formverhältnisse der Gelenkflächen sehr interessante Beobachtungen über die mechanische Inanspruchnahme und eine dieser entsprechende Struktur des Gelenkknorpels. H. findet, dass die Spaltbarkeit des letzteren (ermittelt durch Eindrücken einer konischen Ahle) in den verschiedenen Richtungen eine verschiedene, und zwar eine im Allgemeinen bestimmte, gesetzmäßige ist. Die Spaltrichtungen gestatten einen Rückschluss auf die Zug- und Druckfestigkeit des Gelenkknorpels in den verschiedenen Richtungen, die wieder mit den mechanischen Beanspruchungen des Knorpels in Zusammenhang gebracht werden muss. H. behält sich diesbezügliche Untersuchungen an anderen Gelenkknorpeln vor. Auch die Kapsel und die Bänder, so wie die umgebenden Weichtheile erfahren entsprechende Beachtung. Aus dem 2. Abschnitt, der die Bewegungen des menschlichen Ellbogengelenks behandelt, greife ich nur einige Punkte heraus. Sehr beherzigenswerth und voll zu unterschreiben sind die Anfangsworte des Abschnitts: »In der Lehre von den Gelenkbewegungen ist scharf zwischen der passiven und der aktiven Beweglichkeit zu unterscheiden. Die erstere umfasst sämmtliche Lagen und Stellungen der Knochen zu einander, die durch den Bau des Gelenks, vor Allem durch die Gestalt der Gelenkflächen und durch die Anordnung der hemmenden Bandapparate mechanisch möglich sind, die letztere nur die Bewegungen, die unter normalen Verhältnissen freiwillig ausgeführt werden können. Dieser Unterschied ist in vielen Arbeiten gar nicht beachtet oder wenigstens nicht hinreichend hervorgehoben, was oft zu Unklarheit und Missdeutungen Anlass gegeben hat«. Verf. hat demnach seine Untersuchungen sowohl an der Leiche wie am Lebenden angestellt, er hat sogar, um die bekanntlich ganz besonders von Heiberg vertretene Lehre von der Mitbetheiligung der Ulna an den Pronations- und Supinationsbewegungen unwiderleglich auf ihre

Richtigkeit zu prüfen, zu dem heroischen Mittel gegriffen, sich selbst und einem anderen männlichen Individuum fein polirte Stahlnägel in den lateralen Epikondylus und in die hintere Seite des Olekranon einzuschlagen. Dabei hat sich dann herausgestellt, dass eine Betheiligung der Ulna an den Supinationsbewegungen in der Weise, wie bisher von vielen Autoren angenommen wurde, nicht vorhanden ist. Die kleinen Bewegungen, die konstant vorkamen, scheinen lediglich als Wackelbewegungen, die durch die Ungenauigkeit der Gelenkflächen ermöglicht und durch die Muskelaktionen hervorgerufen werden, aufzufassen zu sein. Zugleich aber ergab sich, dass, wenn eine seitliche Bewegung des unteren Ulnaendes lateral- oder medialwärts zur Beobachtung kam, eine entsprechende Rotation des Humerus im Schultergelenk ausgeführt wurde. Von dem 3. Abschnitt, der die embryonale und postembryonale Entwicklung des Ellbogengelenks behandelt, sind von praktischem Interesse die Ausführungen über die Subluxation des Radiusköpfchens bei Kindern. H. findet die Häufigkeit dieser Verletzung begründet in dem Umstand, dass bei Kindern das Capitulum radii weniger scharf vom Schafte abgesetzt, und die ganze Kapsel, namentlich aber das Lig. annulare, viel schwächer und nachgiebiger ist. Leichenversuche bestätigten ihm die Leichtigkeit der Entstehung der Subluxation und eben so die der Reposition (am besten durch Rotationsbewegungen zu erzielen). Auf eine Besprechung des letzten Abschnitts (vergleichende Anatomie des Ellbogengelenks) kann hier verzichtet werden.

Die Lehre von den Gelenken ist durch die gediegene Arbeit von H. um ein sehr werthvolles Werk bereichert worden, das zudem auch, schlicht und klar geschrieben, als anregende Lektüre Allen empfohlen werden kann, die der Gelenkmechanik Interesse entgegenbringen.

E. Gaupp (Freiburg i/B.).

---

8) **Erb.** Über Bedeutung und praktischen Werth der Prüfung der Fußarterien bei gewissen, anscheinend nervösen Erkrankungen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 4.)

Das zuerst von Charcot geschilderte Symptomenbild des »intermittirenden Hinkens« beruht auf Obliteration der großen, aber oft auch auf Erkrankungen, Verengerungen und Obliterationen der kleineren Arterienstämme der unteren Extremität. Es besteht im Wesentlichen darin, dass die Kranken in Ruhe, im Sitzen, Liegen, Stehen sich vollkommen wohl befinden, nach kürzerem oder längerem Gehen aber Kribbeln, Absterben, Krampf, Bewegungsunfähigkeit der Beine spüren, die sie zum Ausruhen zwingen; nach kurzer Ruhe schwinden diese Störungen, um mit Fortsetzung des Gehens wieder aufzutreten etc. Diese Symptome sind von der größten praktischen Wichtigkeit, da diese Fälle sehr häufig zu spontaner Gangrän führen.

E. führt 4 charakteristische Beispiele aus seiner Praxis dafür an; in zweien derselben kam es zu Gangrän, in den beiden anderen

gelang es, diesen unglücklichen Ausgang zu vermeiden. Ein sehr bedeutungsvolles Zeichen in all diesen Fällen war nur das Kleinersein oder gänzliche Fehlen des Pulses in einzelnen oder allen Fußarterien.

E. lenkt desshalb die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit der Prüfung der Fußarterien, der der Pediaea und Tibialis postica. Er hat an 750 Menschen, die mit den verschiedensten Krankheiten behaftet waren, die Fußarterien geprüft und gefunden, dass man sie stets fühlt bei Leuten jeglichen Alters und beiderlei Geschlechts, die nicht gerade an erheblicher allgemeiner Arteriosklerose, an schweren Herzfehlern, Ödemen oder groben Anomalien der Haut der Füße leiden. Liegen aber diese Erkrankungen nicht vor und sind trotzdem die Fußarterien nicht fühlbar, so ist der Schluss gerechtfertigt, dass lokale Veränderungen der Arterien vorhanden sind, die Endarteriitis obliterans.

Man soll also nicht unterlassen, Kranke mit zunächst unbestimmten nervösen Beschwerden an den Füßen und Unterschenkeln, besonders aber solchen mit intermittirendem Hinken »den Puls am Fuß zu fühlen«. Die Therapie gestaltet sich zu einer Prophylaxe der spontanen Gangrän. Denn durch Hebung der Herzkraft, Regulirung der Bewegung, durch die direkt gefäßerweiternde Wirkung des galvanischen Stroms gelingt es, wie einige Fälle E.'s zeigen, den schlimmen Konsequenzen vorzubeugen. **Haeckel** (Stettin).

---

9) **H. Hilgenreiner.** Über die osteoplastischen, interkondylären Oberschenkelamputationen nach Ssabanejeff und Abrashanow.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 3.)

Die osteoplastische, interkondyläre Oberschenkelamputation nach Ssabanejeff (Deckung des Femurstumpfs mit dem vorderen Theil der oberen Tibiaepiphyse) tritt mit der hohen Unterschenkelamputation, der Exartikulation im Kniegelenk, der transkondylären Oberschenkelamputation nach Carden, vor Allem aber mit dem Verfahren Gritti's in Konkurrenz. Nach Abwägung der Vor- und Nachtheile der einzelnen Operationsmethoden giebt Verf. eine kurze Übersicht über 13 Fälle Ssabanejeff'scher Amputation aus der Litteratur und fügt diesen 6 neue Beobachtungen aus der Wölfler'schen Klinik an. Aus den hierbei gewonnenen Erfahrungen ergiebt sich, dass die Methode keine besonderen technischen Schwierigkeiten bietet; das Anlegen des Haut-Periostlappens erfolgt ohne jedwede Spannung, so dass zur Fixation wenige Periostnähte genügen. Die Wundsekretion war im Allgemeinen etwas reichlicher als bei den übrigen Absetzungsverfahren in der Gegend des Kniegelenks. Das Tibiasegment konsolidirte meist in 3—4 Wochen, die Kniescheibe blieb vollkommen beweglich. Von Komplikationen des Wundverlaufs wurden beob-

achtet: Randnekrose des Lappens in nicht weniger als 11 Fällen, Abscessbildung im Stumpf so wie geringes Abweichen des Tibiasegments je einmal. Die Resultate bezüglich der Gebrauchs- und Tragfähigkeit der Stümpfe waren entschieden günstige; bei Untersuchungen längere Zeit nach der Operation war der Knochenstumpf stets vollkommen unverändert, die Atrophie der Muskeln relativ gering.

Als Kontraindikationen des Ssabanejeff'schen Verfahrens bezeichnet Verf. schwere Erkrankungen innerer Organe, vorgeschrittenes Alter, Kachexie und Kräfteverfall, endlich alle anderen Umstände, die möglichst kurze Operationsdauer und einfache Wundverhältnisse erwünscht erscheinen lassen. In solchen Fällen wäre die einfache suprakondyläre Oberschenkelamputation oder auch eine Unterschenkelamputation im oberen Viertel unterhalb des Fibulaköpfchens am meisten zu empfehlen. Im Übrigen gelten nach Verf. für die Wahl der Absetzungsmethode am Kniegelenk folgende Regeln: Ist die hohe Unterschenkelamputation am Ort der Wahl noch ausführbar, so ist diese im Allgemeinen vorzuziehen; wo nicht, so tritt bei genügendem Material an Knochen und Weichtheilen die Ssabanejeff'sche Operation in ihr Recht; bei Mangel an gesundem Material kommt die Gritti'sche Methode, ev. auch die Exartikulation im Kniegelenk in Betracht; nur wo auch das Gritti'sche Verfahren nicht mehr angewendet werden kann, ist die transkondyläre Oberschenkelamputation auszuführen.

Die Methode von Abrashanow (Deckung des Femurstumpfs mit dem hinteren Theil der oberen Femurepiphyse) ist in der Wölfler-schen Klinik 2mal zur Ausführung gelangt. Einer der Operirten starb, bei dem anderen wurde völlige Tragfähigkeit erzielt. Ein definitives Urtheil über die Werthigkeit dieses Verfahrens lässt sich noch nicht abgeben, jedenfalls fordert dasselbe zu weiteren Versuchen auf. **Honsell** (Tübingen).

---

10) G. Lotheisen. Über die Zerreißungen im Streckapparat des Kniegelenks.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 3.)

Verf. giebt zunächst eine Übersicht über Entstehungsmechanismus und Symptomenbild der Kniescheibenbrüche, wie der Zerreißungen der Quadricepssehne und des Kniescheibenbands. Bezüglich der Behandlung tritt er mit Entschiedenheit für offene Naht des Knochen- resp. Sehnenrisses ein, da bei dieser die Heilungsdauer gegenüber mechanischer Behandlung abgekürzt wird, und die Endresultate erheblich sichere sind (100% Heilungen).

Anschließend werden 6 Fälle von Kniescheibennaht, ein Fall von Naht der Quadricepssehne aus der Innsbrucker chirurgischen Klinik mitgetheilt, die sämmtlich von günstigem Erfolg begleitet waren. Des weiteren reiht Verf. der Litteratur einen Fall von Abriss

der Tuberositas tibiae, den 12. bisher beobachteten, an. Die Fälle betreffen sämmtlich Männer, meist im jugendlichen Alter, und wurden am häufigsten auf Springen (Turnen) zurückgeführt. Nur einmal ist eine Fraktur durch direkte Gewalt beobachtet worden; der Regel nach handelt es sich um echte Rissfrakturen. Wo die Fragmente leicht reponirt und in der korrigirten Stellung festgehalten werden können, genügt die mechanische Behandlung. Wo die Fixation nicht möglich ist, so wie ferner bei veralteten Fällen mit schweren Funktionsstörungen ist operatives Eingreifen indicirt.

Honsell (Tübingen).

---

11) G. Freudenthal. Worauf kommt es bei der Heilung eines Unterschenkelgeschwürs an?

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVIII. No. 3.)

Aus den Darlegungen des Verf. ist nur hervorzuheben, dass er auf einen »öfteren Wechsel des inneren und äußeren Verbands« (sowohl des Medikaments als der Methode) großen Werth legt, weil sich die Granulationen an eine Substanz zu schnell gewöhnen. Er hat die Transplantationsläppchen 12—20 Stunden in einem mit physiologischer ClNa-Lösung und einigen Tropfen schwacher Sublimatlösung gefüllten und erwärmt gehaltenen Glas aufheben können. Sonst enthält der Aufsatz bekannte Dinge.

Jadassohn (Bern).

---

12) Chipault. De la cure radicale des ulcères variqueux.

(Méd. moderne[1] 1899. No. 45.)

Angeregt durch die guten Resultate, welche er mit der Dehnung der Plantarnerven bei dem Mal perforant du pied erzielte, hat C. versucht, auch die varikösen Beingeschwüre durch Nervendehnung zur Heilung zu bringen. Entsprechend der größten Häufigkeit der Geschwüre an der vorderen, inneren Fläche des unteren Drittels des Unterschenkels kommen hauptsächlich der N. saphenus int. und der musculo-cutaneus für den Eingriff in Betracht, in selteneren Fällen der saphenus post.

Die Operation erstreckt sich sowohl auf den Nerven als auf das Geschwür selbst. Der Nerv soll weder zu weit vom Geschwür entfernt, noch zu sehr in seiner Nähe in Angriff genommen werden, ersteres, um die trophische Wirkung der Dehnung nicht in Frage zu stellen, letzteres, um zu vermeiden, dass die Operationswunde in ödematöse und sklerotische Haut zu liegen kommt. Die Dehnung des freigelegten Nerven hat ihre Richtung nach der Peripherie hin und muss wegen der Zartheit der in Frage kommenden Nerven sehr vorsichtig ausgeführt werden.

Das Geschwür soll, wenn es nicht zu groß ist und in die Tiefe nicht die Aponeurose überschreitet, nach sorgfältiger reinigender Vor-

---

[1] S. d. Bl. p. 769. Red.

bereitung im Gesunden spindelförmig umschnitten, der Grund bis auf die Fascie sorgfältig abgeschabt werden. Nach genauer Blutstillung werden zahlreiche Seitennähte durch beide Wundränder gelegt und langsam angezogen, bis die Wundränder exakt an einander liegen. Auf diese Weise gelingt es sogar bis 6 cm breite Defekte primär zur Vereinigung zu bringen. Ist die Spannung sehr groß, so soll man in der Mitte der Wade einen ausgiebigen longitudinalen Entspannungsschnitt machen. Ein gut komprimirender Verband bei Hochlagerung des Beins vollendet die Operation.

Handelt es sich um sehr ausgedehnte, tiefgreifende Geschwüre mit kallösen Rändern, so soll man Geschwürsgrund und Geschwürsränder sorgfältig abkratzen und den Defekt dann unter feuchten Verbänden heilen lassen. Manchmal sind Hautüberpflanzungen nöthig. C. bevorzugt dann Krause'sche Lappen, die er dem Arm entnimmt und an die Geschwürsränder annäht.

Nach dieser Methode hat C. in den letzten 2 Jahren allerdings erst 3 Fälle behandelt, ist aber mit dem erzielten Resultat außerordentlich zufrieden. Die Krankengeschichten werden angefügt.

R. v. Hippel (Dresden).

---

13) **F. Gehrig.** Formalinbehandlung der Hyperhidrosis pedum.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1899. No. 12.)

Man hat in der Schweiz in größerem Umfang Formalinpinselung zur Behandlung des Schweißfußes beim Militär versucht. Es zeigte sich, dass das Formalin die Hyperhidrosis nicht definitiv zur Heilung bringt, sondern nur vorübergehend. Es verhornt die Epidermis, die Schweißsekretion hört desshalb für 10—20 Tage auf, bis sich die verhornte Schicht abgestoßen hat. Wunde Füße vertragen es nicht, auch bei unverletzter Haut ist die Anwendung manchmal schmerzhaft. Nur in der desodorisirenden Wirkung ist es den alten Mitteln wirklich überlegen.

P. Stolper (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

14) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung vom 10. Juli 1899.

Vorsitzender: Herr König.

1) Herr König: Knietuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung derselben bei älteren Personen.

Unter orthopädischen Maßnahmen heilen einige wenige Fälle von Knietuberkulose, bei denen es sich bloß um Hydrops handelt, in etwa $1/2$ Jahr zur Norm, andere, schon hartnäckigere Fälle heilen schließlich mit beschränkter Beweglichkeit. Viele Fälle aber wollen trotz aller unblutigen Maßnahmen nicht heilen; die Krankheit besteht 15—20 Jahre mit Fisteln etc., wenn auch Zwischenräume relativer Besserung vorkommen. Schließlich resecirt man doch.

Die Ursachen für diese Misserfolge sind schwere ostale Processe, dann eigenthümliche Bildung von Membranen, neuen Gelenkkapseln durch Niederschlag von Faserstoff, der sich organisirt. Die Lieblingsstellen hierfür sind die Gegend unter der Kniescheibe quer über den Kondylen des Femur, rund um die knorpligen Enden der Femurkondylen, rund um die Menisken der Tibia. Dadurch, dass die verschiedenen Theile dieser Niederschläge in Verbindung treten, entstehen 3 Gelenke, rechts, links und vorn. Die Injektionsflüssigkeiten bleiben also nur in einem Theil des Kniegelenks.

Noch schlimmer, wenn ein ostaler Herd vorhanden ist, der die gegenüberliegende Stelle des anderen Knochens inficirt und mit dieser bei Entwicklung von Heilungsvorgängen in Verbindung treten kann, während das übrige Gelenk frei bleibt.

Daher muss man selbst bei Kindern trotz der zu fürchtenden Folgen zuweilen operiren, die Arthrektomie machen, die Resektion, wenn möglich, erst nach Abschluss des Wachsthums.

Die pathologischen Processe sind bei älteren Personen (über 30 Jahre) ähnlich. Einfacher Hydrops kann auch bei diesen heilen in etwa $1/2$ Jahre, meist dauert es länger, bis zu 2 Jahren, und mehr Fälle als bei Kindern heilen überhaupt nicht aus.

Da man bei ihnen aufs Wachsthum keine Rücksicht zu nehmen braucht, da außerdem aus wirthschaftlichen Gründen die Krankheitsdauer möglichst abzukürzen ist, soll man etwas früher operiren, im Allgemeinen nachdem ein Jahr lang andere Versuche erfolglos geblieben sind.

Vorstellung eines nach gut halbjähriger Krankheitsdauer vor nunmehr 4 Wochen resecirten, jetzt mit Ankylose geheilten Falles. Die Wunde ist rein aseptisch behandelt und unter einem Verband geheilt. Bei diesem Pat. hatte infiltrirende Tuberkulose der Patella bestanden, die man auch mittels des Röntgen'schen Verfahrens nicht sehen kann.

K. spricht sehr für Resektion auch 60jähriger und älterer Pat., selbst Phthisiker. Viele dieser alten Leute werden gesund, wennschon die Sterblichkeit größer ist.

Diskussion: Herr v. Bergmann ist ebenfalls für frühzeitige Resektion bei älteren Leuten, aber auch für Amputation, mit der er besonders freigebig ist bei Phthisikern.

Zwischen Kindern und Erwachsenen zu unterscheiden ist sehr richtig. Bei Kindern ist von Arthrektomie oder Resektion die Kontraktur und die Wachsthumshemmung zu fürchten. Daher spritzt v. B. bei Kindern möglichst viel ein, an verschiedenen Stellen, und legt fixirende Verbände an. Sich bildende lokale Abscesse werden ausgekratzt.

Allgemeine Regeln lassen sich nicht aufstellen.

2) Herr König: Komplicirte Fraktur, Demonstration.

Der vorgestellte Pat. ist vor 4 Wochen zwischen Pferdebahn und elektrische Bahn gekommen und mit 2 schweren komplicirten Frakturen beider Füße eingeliefert. Auf der einen Seite Luxation des Fußes nach hinten, Abbruch beider Knöchel, auf der anderen Seite keine Wunde, aber ein so kolossaler Bluterguss, dass eine gemacht werden musste. Die Haut wurde desinficirt, die Wunde in Ruhe gelassen, mit Verbandstoff bedeckt. Der nach Reposition sofort angelegte Gipsverband liegt noch, wird jetzt aufgeschnitten.

Beide Füße sind gut geheilt.

Diskussion: Herr Langenbuch behandelt die komplicirten Frakturen ähnlich, nur dass die Wunde sofort mit einem Kautschukpflaster bedeckt wird, ohne dass an ihr gewaschen und desinficirt wird.

Herr Körte hat folgende Grundsätze: a. bei Durchstechungsfrakturen sorgfältige Reinigung der Haut, kurze Zeit Schiene, dann Gipsverband; b. bei starker Berührung der Wunde mit schmutzigen Kleidern und direkter Gewalteinwirkung von Rädern u. dgl., ausgedehnten Quetschungen werden die Wunden sorgfältig

aseptisch, auch antiseptisch gereinigt und so weit aufgemacht, dass alles etwa sich bildende Sekret abfließen kann; nöthigenfalls wird auch tamponirt.

Herr v. Bergmann: Die große Reinigung, Incision, Ausräumung von Knochensplittern etc. entspricht der alten antiseptischen Anschauung v. Volkmann's. Dagegen wandten sich Wagner und auch v. B. selbst. Er wischt die Wunden trocken aus, trägt schmutzige, stark gequetschte Gewebsstücke ab, verbindet aseptisch, wendet sich aber gegen das Auflegen von Kautschukpflastern: nachsickerndes Blut soll abfließen können, nöthigenfalls durch aseptische Tamponade bei schweren Fällen.

Herr Langenbuch will Pflasterabschluss auch nur bei Durchstichfrakturen, nicht bei gequetschten Frakturen.

Herr Bessel-Hagen will nach sorgfältiger Hautreinigung, bei leichteren Fällen, aseptisch verbinden und den Verband sofort liegen lassen, bei schwereren wenigstens den Versuch machen.

Keine Desinficientien in die Wunde, keine Jodoformgaze. Statt der Holzschiene verwendet er Schusterspan.

3) Herr Bennecke: Basedow'sche Krankheit. Exstirpation des Kropfes.

Von den 25 in den letzten 3 Jahren in der Charité ausgeführten Strumektomien wurde 3mal wegen Morbus Basedowi eine partielle Exstirpation der Kropfgeschwulst gemacht.

Eine Pat. starb. Die beiden anderen stellt B. vor.

Nach seiner, resp. König's Ansicht werden die bei Morbus Basedowi auftretenden Krankheitserscheinungen ausgelöst durch Intoxikation in Folge krankhafter Absonderung der Schilddrüse.

Bei der zuerst vorgestellten Pat., einem 17jährigen Mädchen, das vor 2 Jahren operirt worden war, hat die Operation einen entschieden günstigen Einfluss ausgeübt. Der vor der Operation bestehende Exophthalmus und Tremor bestehen nicht mehr, die Anfälle von Athemnoth und Tachykardie sind seltener und schwächer als früher.

Die Operation bot keine besonderen Schwierigkeiten; nur war die Trachea stark membranös entartet, und einige Stunden nach der Operation war ein starker Anfall von Dyspnoë aufgetreten, eine Nachblutung erfolgt; starke Blutcoagula hatten die weiche Trachea komprimirt; die Athmung wurde nach Entfernung der Coagula wieder frei.

Die 2. vorgestellte Pat., eine 27jährige Frau, war vor einem halben Jahre mit Zittern und Magenbeschwerden, ferner starkem Herzklopfen erkrankt, zeigte bei der Aufnahme in die Charité eine ungemein nervöse Erregtheit, vorübergehende starke Schweißausbrüche, starken Exophthalmus, Puls 120—160; mäßiger Kropf, Athmung frei.

Die Operation wirkte in so fern günstig, als die nervöse Unruhe verschwand, der Exophthalmus nach 8 Tagen während mehrerer Wochen stetig sich verkleinerte, dann aber in einem bestimmten Grad stehen blieb; ferner ging der Puls auf 90 bis 100 Schläge zurück, das Allgemeinbefinden besserte sich.

In dem einen mikroskopisch untersuchten Falle fiel die geringe kolloide Entartung auf, die Follikel waren mit einschichtigem Epithel ausgekleidet und leer.

Diskussion: Herr Julius Wolff begrüßt bei der ablehnenden Haltung der Neurologen diese beiden Fälle von Besserung durch die Operation.

Die 2. Pat. ist wesentlich gebessert, die erste hat jetzt keinen Exophthalmus, keinen Tremor, hat ruhigen Puls, reine Herztöne, ist also als geheilt zu betrachten, falls wirklich vor der Operation deutliche Zeichen von Morbus Basedowi bestanden haben, was vom Vortr. bestätigt wird.

Herr Hahn unterscheidet schwere, mittelschwere und leichte Fälle von Morbus Basedowi, bei denen das eine oder andere Symptom, z. B. der Exophthalmus, fehlen kann. Er hat u. A. 3 schwere Fälle operirt, von denen 1 geheilt, 1 gebessert, 1 gestorben ist.

Herr Bessel-Hagen hat bei einigen leichteren Fällen Erfolg gesehen, bei einem einen Misserfolg erlebt.

Im letzteren Falle bestand mäßiger Exophthalmus, aber Stenosenanfälle. Die Operation war sehr schwierig, da die Geschwulst sich von der Trachea nicht loslösen ließ. Am Herzen war vorher außer der hohen Pulsfrequenz nichts Besonderes nachweisbar.

Zuerst ging Alles gut, nach einigen Tagen aber schwere Erscheinungen von Seiten des Herzens und bald Tod. Ursachen: Schlaffes Herz und Dilatation, die früher nicht nachweisbar gewesen war.

In dem exstirpirten Kropf hat Redner ähnliche Veränderungen gefunden, wie sie der Vortr. mitgetheilt hat.

4) Herr Doebbelin: I. Behandlung frischer Verletzungen des Streckapparats des Kniegelenks.

Vortr. berichtet über 11 Fälle von frischen, erstmaligen Patellarfrakturen, welche seit 1896 in der Klinik behandelt und alle, auch wenn nur Streckschwäche vorlag, blutig genäht worden sind. 7 Kranke werden demonstrirt, davon 2 noch in der Klinik befindliche. Bei keinem ist irgend eine ernste Wundkomplikation eingetreten. Die 9 bereits entlassenen Kranken arbeiten wieder bis auf 2, von denen der eine Epileptiker ist, der andere noch eine Unfallsrente bezieht. Kein Gelenk ist steif geworden, alle Kranke können das verletzte Knie mindestens bis zum rechten Winkel beugen. Bei dem zuletzt entlassenen Kranken ist die Heilung in jeder Hinsicht eine ideale, nur die Operationsnarbe erinnert an die Verletzung.

In 7 von 9 Fällen war die Konsolidation eine vollkommene, in 2 Fällen hatte sich nur eine knöcherne Brücke gebildet (Röntgenbilder).

Im Anschluss daran stellt D. einen Fall von querer, totaler Zerreißung des M. quadriceps dicht über der Patella vor, welcher ebenfalls operativ behandelt wurde. Der Kranke, ein 74jähriger Mann, konnte nach 6 Wochen zu Fuß die Klinik verlassen und geht seitdem ausdauernd und ohne Beschwerden.

II. Spontanruptur der Bauchwand in einer Narbe mit Darmvorfall.

49jährige Frau, Juli 1893 im Augustahospital wegen linksseitigen phlegmonösen Leistenbruchs operirt. December 1898 Hervortreten einer neuen Bruchgeschwulst im Bereich der Narbe. Am 24. December 1898 Ruptur der Narbe ohne besondere Veranlassung, Prolaps von 30 cm Dünndarm. Reposition, Tamponade, Heilung. Die Narbe hat sich jetzt wieder so verdünnt, dass eine neue Ruptur zu befürchten ist und nunmehr bei der Kranken eine Radikaloperation zum Verschluss des Lochs in der Bauchwand vorgenommen werden soll.

5) Herr Martens stellt einen Pat. vor, welchem Prof. König vor einigen Tagen eine gutartige Zottengeschwulst der Blase entfernt hat.

Der 22jährige junge Mann hatte vor $^3/_4$ Jahr vorübergehend an Blutharnen gelitten. Mitte Juni stellte sich dasselbe wieder ein, und zwar so stark, dass er binnen wenig Tagen sehr herunterkam. Der entleerte Urin sah wie reines Blut aus; im Bodensatz fanden sich Zotten. Durch Sectio alta wurde die Blase eröffnet; die kleinapfelgroße Geschwulst saß etwa über der Einmündung des rechten Harnleiters und wurde erst nach Einsetzen von Speculis und Anschlingen der Blase zugänglich.

Der durch Abtragen gesetzte Defekt konnte vernäht werden. Die Blase wurde durch doppelte Reihen von Katgutknopfnähten geschlossen. Die Naht hielt 9 Tage.

Ein Dauerkatheter wurde erst dann, nach Entstehung einer Fistel, angelegt.

Die Geschwulst (Demonstration derselben und von mikroskopischen Präparaten) ist eine typische Zottengeschwulst mit (histologisch) gutartigem Charakter.

Cystoskopie und intravesikale Exstirpation konnte wegen der starken Blutung und sofort nothwendig werdenden Eingreifens nicht in Frage kommen.

Zur Technik fügt Herr König kurz hinzu, dass er die Bauchdecken weit eröffnen, die Blase anschlingen und vorziehen musste, dann erst den Tumor mit

Kugelzangen fassen konnte. Nach Anlegen großer Specula wurde die Geschwulst genügend freigelegt und mit der Schere im Gesunden exstirpirt.

6) Herr Francke: Beckenbruch mit totalem Abriss der Harnröhre, Spontanheilung ohne Naht. (Demonstration.)

Der 24jährige Kutscher war von einem schweren Lastwagen über das Becken gefahren worden.

Bei der Aufnahme am anderen Tage war die Symphyse und Dammgegend geschwollen, blutunterlaufen und druckempfindlich.

Die Blase stand prall gefüllt bis zum Nabel, ohne dass Pat. Urin lassen konnte. Der eingeführte Metallkatheter bleibt im hinteren Theil der Urethra stecken und ist beim Herausziehen mit Blut bedeckt.

Durch die Urethrotomia externa Freilegung einer großen Zertrümmerungshöhle unter der Symphyse; Urethra am Übergang der Pars membranacea zur P. bulbosa total zerrissen, das centrale Ende nicht auffindbar. Daher Sectio alta und retrograder Katheterismus.

Da an eine Naht der weit aus einander stehenden zerfetzten Harnröhrenstümpfe nicht zu denken ist, beschränkt man sich darauf, die Blase von der Dammwunde aus zu drainiren und den Urin durch einen angeschlossenen Gummischlauch in ein Gefäß abzuleiten. Bauch- und Perinealwunde werden nicht genäht, nur locker tamponirt.

Verlauf günstig, Wunden aseptisch, Temperatur annähernd normal, Befinden gut. Am 26. Tage Entfernung des Blasendrains und Bougierung mit dicken Roser'schen Sonden in Zwischenräumen von etwa 4 Wochen. Einführung derselben stets ohne die geringste Schwierigkeit. Pat. nach $3^1/_2$ Monaten geheilt. Becken fest, der normale Urin wird in gutem Strahl entleert. Urethra für Roser No. 25 bequem passirbar.

Im Anschluss an den besprochenen Fall demonstrirt F. das Präparat einer spontan geheilten schweren Harnröhrenruptur. Dasselbe stammt von einem 50-jährigen Arbeiter, der aus einer Höhe von 4 m auf die Füße fiel und mit den Symptomen eines Beckenbruchs und einer Harnröhrenverletzung aufgenommen wurde.

Die sofort ausgeführte Urethrotomia externa legt eine mehrfache Fraktur der Schambeinäste, einen Riss des Diaphragma urogenitale und eine totale Zertrümmerung der Harnröhre in der Pars nuda frei. Da auch hier das weit zurückgeglittene centrale Ende der Urethra nicht zu finden ist, wird wieder die Sectio alta und der retrograde Katheterismus ausgeführt und bei der Gelegenheit eine Fraktur des Beckenrings dicht neben der Symphyse mit 2 Silberdrähten genäht. Vereinigung der Harnröhrenstümpfe unmöglich, daher wie im Falle I Blasendrainage und Wundtamponade.

Heilung durch mäßige Eiterung etwas verzögert, aber im Allgemeinen günstig. Erst in der 8. Woche beginnen die regelmäßigen Sondirungen. Pat. soll nach 4 Monaten geheilt entlassen werden, da bricht die Blasenwunde und die der Symphyse wieder auf. Die Fistel wird durch Einlegen eines Dauerkatheters innerhalb 5 Wochen geschlossen.

Es entsteht nun eine eitrige Cystitis und Pyelonephritis und schließlich eine allgemeine Pyämie, der Pat. erliegt.

Bei der Betrachtung des Präparats fällt die ausgezeichnete Verheilung der Harnröhrenzertrümmerung auf. Das Rohr ist nicht verengt und weicht nicht von der normalen Lage ab. In der P. subpubica einige zarte, weißliche, längs verlaufende Narben. Die Verletzungsstelle hat im Übrigen eine der normalen Schleimhaut sehr nahe kommende Auskleidung erfahren.

Gelingt es danach bei den schwersten Fällen von Harnröhrenruptur nicht, die Enden durch die Naht — am besten nur partiell — zu vereinigen, so genügt es, durch breite Eröffnung des Dammes, ev. durch Blasen-Dammdrainage für guten Harnabfluss zu sorgen und von der 2.—3. Woche an eine Behandlung mit dicken Sonden eintreten zu lassen, deren Einführung keine Schwierigkeiten macht.

Das Einlegen eines Dauerkatheters durch die ganze Urethralänge dürfte nicht nothwendig, ja, durch ausgeübten Reiz, schädlich sein. **Sarfert** (Berlin).

---

15) **H. Gross. Erfahrungen über Pleura- und Lungenchirurgie.**
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 1. u. 2.)

G. giebt einen epikritischen Bericht über die Fälle von Pleura- und Lungenchirurgie, welche in den letzten 6½ Jahren im Altonaer Krankenhaus (Prof. Krause) vorgekommen sind. Zur Beseitigung des chronischen Empyems ist 7mal die Thorakoplastik ausgeführt worden, 5 Fälle heilten aus, einer starb im postoperativen Chok, ein weiterer an tuberkulöser Meningitis. Nach G. empfiehlt es sich, die Operation grundsätzlich mit einem Probeschnitt in der Thoraxmitte einzuleiten, um dann je nach dem anatomischen Befund die Wahl des einzuschlagenden Verfahrens zu treffen. Bei nicht sehr alten Fällen und lokalisirtem Empyem genüge die mehrfache Rippenresektion, bei sehr dicker Schwarte komme neben dieser die Decortikation der Lunge (Délorme) in Betracht; ausgedehnte Pleuraschwielen indicirten die Schede'sche Thorakoplastik, die Krause in einigen Fällen mit Vortheil dahin modificirt hat, dass nicht ein großer, sondern 2 kleinere Lappen gebildet wurden; bei den schwersten Fällen endlich erwies sich eine Kombination der Methoden von Schede und Délorme als vortheilhaft. — Von penetrirenden Thoraxverletzungen wurden 12 Schuss- und 4 Stichwunden beobachtet; bei diesen wie bei subkutanen Verletzungen hat sich das konservative Verfahren vorzüglich bewährt.

In Fällen, in denen bei gesunder Pleura der Brustraum eröffnet werden musste (Rippencaries, Sarkom der Brustwand, subphrenischer Abscess) ließ sich der erste Chok durch rasches Vorziehen und Fixiren der Lunge in der Wunde, ferner auch durch Einlegen großer Mullstücke in den Pleuraraum erfolgreich koupiren.

Mit 2 Fällen von recidivirendem Brustdrüsencarcinom, das auf die knöcherne Brustwand übergegriffen und zu Verwachsung beider Brustfelle geführt hatte, giebt G. einen Beitrag zu den aseptischen Lungenoperationen. Jeweils mussten beide Pleuren in weitem Umkreis resecirt und ein Stück der anliegenden Lunge fortgenommen werden.

Besonderes Interesse dürften 9 Fälle von Pneumotomie wegen eitriger Lungenerkrankungen verdienen, von denen 5 geheilt, 4 gestorben sind. Bezüglich der Technik wurden die schneidenden Instrumente dem Thermokauter vorgezogen, die anfänglich geübte Blutstillung durch breite Klemmen zu Gunsten einfacher Schieber und Klemmpincetten verlassen. Wo keine Verwachsung beider Pleurablätter besteht, räth G. womöglich 2zeitig zu operiren, derart, dass zunächst nur die Pleura incidirt, die Lunge vorgezogen und an dem parietalen Brustfell fixirt wird, während die Pneumotomie selbst erst nach mehrtägiger Pause erfolgt. Wie eingehend dargelegt wird, ist die Operation an sich ungefährlich und stellt auch keine zu großen Anforderungen an die Geschicklichkeit des Arztes; die hohe Sterblichkeit ist nicht dem Eingriff, sondern der oft sehr hochgradigen Schwäche des Pat. zuzuschreiben.

Weitere Fortschritte in der chirurgischen Behandlung eitriger Lungenerkrankungen sind nur von einer frühzeitigeren und genaueren Diagnostik, bessere Dauerresultate von einer Erweiterung des Eingriffs (Resektion im Gesunden, entsprechende Verkleinerung des Brustraums) zu erwarten.

Den Schluss der Arbeit bildet die Besprechung von 4 Fällen von Echinokokken des Brustraums; 2 derselben hatten ihren Sitz in den Lungen, die beiden anderen waren von der Leber aus in die Lunge resp. Pleura durchgebrochen. Stets wurde Heilung erzielt. **Honsell** (Tübingen).

16) **Levy-Dorn und Zadek. Zur Untersuchung mit Röntgenstrahlen bei Lungenechinococcus.**
(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 20.)

Der publicirte Fall, welcher einen 40jährigen Schlächter, der viel mit Hunden zu thun hatte, betrifft, interessirt hauptsächlich desshalb, weil es mit Hilfe der

Röntgenstrahlen gelang, über Entstehung, Sitz und Ausbreitung des Leidens werthvolle Aufschlüsse zu erhalten. Die Erkrankung begann im Februar 1897 Nachts mit einem Anfall von Luftmangel, Hustenreiz und Hämoptoë. Katarrhalische Geräusche über beiden unteren Lungenlappen, keine nachweisbare Dämpfung. Unregelmäßiges Fieber, Auswurf schleimig-eitriger, wiederholt hämorrhagisch gefärbter Sputa durch mehrere Wochen. Die richtige Diagnose wurde erst gestellt, als mit dem Durchbruch in einen Bronchus Parasiten ausgehustet wurden. Durch mehrere Wochen hielt die Expektoration milchglasähnlicher Membranen von geschichtetem Bau an, ohne dem Pat. sonderliche Beschwerden zu bereiten. Nachdem die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden im Stich ließen, wurde die Durchstrahlung nach Röntgen vorgenommen. Das Röntgogramm, welches der Publikation in verkleinertem Maßstab beigegeben ist, zeigte in der rechten Lunge einen ca. 5 cm langen und 4 cm breiten Schatten mit heller Mitte und dunklem Rand. Weiter konstatirte man eine Verbindung zwischen diesem Schatten und dem Zwerchfell in Gestalt eines kurzen bandartigen Streifens, an dessen Ansatz das Zwerchfell emporgezogen war, sich also bei tiefer Inspiration nicht so weit abflachen konnte wie linkerseits. In der linken Lunge befand sich ein ovaler, gleichmäßig schwarzer Schatten von Pflaumengröße. Mittels des Fluorescenzschirms wurde der centrale Sitz dieser Schatten gebenden Herde konstatirt. Die Verff. kamen durch die Kombination der klinischen Erscheinungen mit dem Röntgenbefund zu dem Schluss, dass der Pat. an zwei getrennten Stellen (in beiden Lungen) Echinokokkenherde beherbergte, deren centraler Sitz den negativen Ausfall der Perkussion erklärte, dass ferner die Echinokokken rechts ausgehustet wurden und daher eine mit Luft ausgefüllte Höhle zurückblieb, dass aber die Parasiten links noch nisten und nicht zum Durchbruch gekommen sind. Der Befund bezüglich des bandartigen Strangs spricht für die Annahme, dass es sich hier um einen Leberechinococcus an der Konvexität des Organs gehandelt habe, der in die Lungen durchgebrochen war, nach vorausgegangener Verlöthung der Leber, des Zwerchfells und der Pleura, im rechten Unterlappen bis zur Faustgröße anwuchs, gleichzeitig aber durch Verstreuung von Keimen unter Dyspnoë und blutigem Auswurf zu einer Infektion der linken Lunge geführt hat, während das Schicksal des linksseitigen Echinococcus ungewiss ist. **Gold** (Bielitz).

17) **Müller.** Über das Auftreten anscheinend rheumatischer Gelenkerkrankungen nach einem Trauma.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 8.)

Verf. bringt die Krankengeschichten zweier Fälle genannter Art.

Fall I. Ein 37jähriger Schmelzer zieht sich durch Fall auf ein Geländer eine Verrenkung des linken Oberarms zu. Im Verlauf der Behandlung treten an verschiedenen anderen Gelenken rheumatische Schmerzen auf, die das Bild eines akuten Gelenkrheumatismus zeigen.

Fall II. Bei einem durch Hufschlag am linken Knie verletzten Pferdeführer treten nach einiger Zeit an verschiedenen Gelenken krankhafte chronische Veränderungen auf.

Verf. setzt in beiden Fällen die sekundären multiplen Gelenkerkrankungen in ursächlichen Zusammenhang mit der primär erlittenen Gelenkverletzung. Ref. hält diesen kausalen Zusammenhang mit Rücksicht auf die in beiden Fällen zwischen Trauma und den ersten Erscheinungen der sekundären Gelenkerkrankungen liegende Zeit (in Fall I ein volles Vierteljahr, in Fall II ein Monat) für nicht genügend erwiesen. **Motz** (Hannover).

18) **R. R. Wreden.** Die jetzige Behandlung traumatischer Verletzungen der Extremitäten.

(Annalen der russischen Chirurgie 1889. Hft. 4.)

In Prof. Ratimow's Klinik (St. Petersburg) wurden während der letzten Jahre die traumatischen Verletzungen der Extremitäten nach Paul Reclus behandelt

(Anfangs konservativ, erst später wird amputirt oder exartikulirt). W. bringt 10 kurze Krankengeschichten mit primärer Amputation mit 2 Todesfällen und 19 Fälle nach Reclus behandelt. Von letzteren starb nur 1 aus zufälliger Ursache (Sepsis); in den anderen Fällen konnte später viel gefahrloser und mehr schonend operirt werden; die Behandlungsdauer ist nicht länger als bei primärer Amputation, bei der fast immer die Prima ausbleibt. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

19) H. Gross. Der erworbene Hochstand der Scapula.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 3.)

In dem von G. mitgetheilten Falle fand sich bei einem 3jährigen rachitischen Kind ein erheblicher Hochstand des rechten Schulterblattes, der sich nach Aussage der Mutter erst seit einem Jahre spontan entwickelt hatte. Das Schulterblatt liegt in Höhe des 5. Hals- bis 4. Brustwirbels, überragt das Schlüsselbein um gut 1 cm, ist in seiner Fläche verbogen. Erhebung des Arms über die Horizontale ist behindert.

Für den rachitischen Ursprung der Deformität macht Verf. geltend, dass das Kind auch sonst Zeichen schwerer Rachitis bietet, so wie dass sich keine anderweitigen, den Hochstand erklärenden Abnormitäten finden.

Die Behandlung bestand in Anlegen eines elastischen Gurtes, der am Tuber ischii derselben Seite angreift und den medialen oberen Rand des Schulterblattes nach unten zieht. **Honsell** (Tübingen).

20) Nissen. Unfall und Osteomyelitis des Schlüsselbeins.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 8.)

Nach einigen statistischen Bemerkungen über die Häufigkeit und die Art der Schlüsselbeinverletzungen, so wie kurzer kritischer Beleuchtung einiger in der Litteratur bereits niedergelegter Fälle von angeblich durch ein Trauma hervorgerufener Osteomyelitis des Schlüsselbeins bringt Verf. die Krankengeschichte eines ähnlichen Falles. Einem 38jährigen Arbeiter fällt beim Abladen von Kohlen das Kastenbrett des Wagens auf die rechte Schulter. Nach 3 Wochen zeigen sich die Erscheinungen einer Osteomyelitis an dem rechten Schlüsselbein, welche Verf. in ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall bringt. Durch einen operativen Eingriff wird die Osteomyelitis zur vollständigen Ausheilung gebracht.

Motz (Hannover).

21) Herdtmann. Ein Fall von kombinirter Schulter-Armlähmung (Erb'scher Lähmung).

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 8.)

Ein Maurerpolier, mit 6 Mitarbeitern damit beschäftigt, mittels eines an der Krone eines Baums befestigten Seils letzteren umzulegen, fällt durch Zerreißen des Seils rücklings mit der rechten Schulter auf Baumstämme und verspürt sofort heftigen Schmerz von der Schulter bis zum Ellbogen. Allmählich stellt sich eine Lähmung des ganzen rechten Arms ein, welche durch mehrmonatliche mediko-mechanische Behandlung bis auf eine geringe Einbuße der groben Kraft der Hand und des Arms wieder beseitigt wird.

Im vorliegenden Falle waren, abgesehen von den die kombinirte Erb'sche Schulter-Armlähmung charakterisirenden Lähmungen des N. axillaris, musculocutaneus und radialis, auch der N. ulnaris und medianus mit betroffen, so dass offenbar mehr das Bild einer mehr oder weniger ausgeprägten totalen Plexuslähmung vorlag und nach Ansicht des Ref. die Bezeichnung Erb'sche Lähmung nicht ganz zutreffend sein dürfte. **Motz** (Hannover).

22) v. Bardeleben. Ein operirter Fall von beiderseits fehlendem Radius. (Aus der Augusta-Krankenanstalt in Bochum.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 14.)

Es handelte sich um ein 3 Jahre 2 Monate altes Kind, bei welchem v. B. nach Bardenheuer operirte.

Durch einen Längsschnitt am distalen Ende der Ulna wurde diese und durch forcirte Luxation auch der Carpus freigelegt nach der medianen Seite. Durch Spaltung der Ulna in ihrer Längsachse ward sodann eine Gabel gebildet, in welche der Carpus hineingelegt wurde; die Gabelenden wurden durch Seidensuturen fixirt.

Die Hände waren im Handgelenk nach glatter Heilung auf der einen, etwas gestörtem Verlauf auf der anderen Seite gut beweglich.

v. B. schlägt vor, die Operation in ähnlichen Fällen stets möglichst früh zu machen (im 1. Lebensjahre), bevor eine Atrophie der Muskulatur Platz gegriffen und die Hand sich zu sehr seitlich verschoben hat.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

23) J. Schnitzler. Über Defektbildung im Knochen nach subkutaner Fraktur.

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 12 u. 13.)

Ein 19jähriger, gesunder Mann erlitt beim Hinüberschwingen über eine mannshohe Wand eine Fraktur der Ulna, die ungenügend behandelt wurde. Einige Wochen später zog ein Erysipel über den Arm, führte zu einem subkutanen Abscess, der aber keinerlei Zusammenhang mit dem Knochen hatte. 4 Monate nach dem Unfall ergab die Untersuchung (2 Röntgenbilder) eine handbreite Lücke im Bereich der Ulnadiaphyse, das obere und untere Fragment zugespitzt. Eine 4monatliche Beobachtung ergab, dass die Lücke ohne erkennbare Ursache langsam an Ausdehnung zunahm und dass die Fragmentenden schmaler wurden.

Die Funktionsstörung war verhältnismäßig gering, bestand in Beschränkung der Extension des Unterarms.

In der Litteratur fand S. nur sehr wenige Analoga für seine Beobachtung. Eine befriedigende Erklärung für die Ätiologie dieses Knochenschwunds vermag er nicht zu geben. **Grisson** (Hamburg).

24) Gommel. Drei Fälle doppelseitiger symmetrischer Kontraktur der Palmaraponeurose (Dupuytren) im Anschluss an Gicht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 18.)

Unter 360 Fällen von Gicht beobachtete G. in Salzschlirf 3mal die Dupuytren'sche Kontraktur. Als charakteristisch für die gichtische Ätiologie der Krankheit glaubt er das bilateral symmetrische Befallensein der Finger betrachten zu müssen.

Gewisse bei der Gicht gebildete, im Blut kreisende Stoffe üben wahrscheinlich einen Reiz beim Durchtritt durch die Kapillaren im Gebiet der Palmaraponeurose aus.

Eine Heilung der Kontraktur unter Gebrauch der Quelle ohne Operation hat G. nicht beobachtet. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

25) E. Payr. Ein Fall von Daumenplastik.

(Sep.-Abdr. a. d. Mittheilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark 1898. No. 9.)

Einem Knaben war durch Maschinenverletzung der Daumen der rechten Hand im proximalen Dritttheil der Grundphalanx vollständig abgetrennt worden.

Den Ersatz nahm Nicoladoni in folgender Weise vor. Am Daumen wurde eine Manschette, die die Sehnen der Beuger und Strecker enthielt, knapp am Knochen abpräparirt. Am gleichseitigen Fuß wurde an der dorsalen Seite der 2. Zehe ein kurzer Lappen gebildet, bestehend aus Haut und Strecksehne, der Knochen im Metacarpo-Phalangealgelenk enukleirt und das proximale Gelenksende der Grundphalanx abgetragen. Dann wurden noch die Beugesehnen der 2. Zehe durchtrennt, während die Haut an der plantaren Seite als Ernährungsbrücke erhalten blieb. Nun wurden der Reihe nach Beugesehnen, Grundphalanx, Streck-

sehnen, Haut an der dorsalen Seite der 2. Zehe mit den entsprechenden Gebilden des Daumens vereinigt. Die ruhige Lagerung wurde durch einen ausgedehnten Gipsverband erzielt.

Nach 16 Tagen wurde die plantare Ernährungsbrücke durchtrennt, die Zehe erwies sich als angeheilt; auch die knöcherne Vereinigung trat ein, wie eine Röntgenaufnahme bewies. **F. Hansen** (Herborn).

26) **A. Mouchet.** De la coxa vara congénitale.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Mai.)

M. beschreibt einen Fall von Coxa vara congenita bilateralis und einen Fall von Coxa vara congenita sinistra unter Beifügung der durch Röntgenaufnahme gewonnenen Illustrationen. Sonst enthält der Artikel nichts Neues.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

27) **E. S. Perman.** Ett fall af fraktur å lårbenshalsen, behandladt med Lorenz' extensionsskruf.

(Hygiea Bd. XLI. Hft. 1.)

Ein 38jähriger Artillerieofficier erhielt beim Schneeschlittschuhlauf einen Schenkelhalsbruch und kam 4 Wochen nach dem Unfall mit einer Verkürzung von 4,5 cm unter Verf.s Behandlung. Da sowohl Gewichtsextension als Osteoklasie kontraindicirt schienen, kam Verf. auf die Idee, die Lorenz'sche Extensionsschraube zu brauchen. Es gelang ihm, durch geschicktes Anpassen des Instruments die Extension unter Chloroformnarkose so weit zu führen, dass das gebrochene Bein eben so lang als das gesunde wurde. 10 kg Gewichtsextension während weiterer 7 Wochen gab das Resultat, dass Pat. mit nur 2,5 cm Verkürzung geheilt wurde und seinen Beruf wieder aufnehmen konnte.

Die Verwendung der Lorenz'schen Extensionsschraube bei ähnlichen invete-rirten Fällen wird vom Verf. lebhaft empfohlen. Eine ähnliche Verwendung hat er nirgends besprochen gefunden. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

28) **Damas.** Anévrysme artérioso-veineux de la tibiale postérieure gauche.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. März.)

Beim Abhäuten eines Rinds zog sich ein 20jähriger Metzgerbursche am inneren oberen Abschnitt der linken Wade eine Stichwunde mit dem Messer zu, welches 4—5 cm eindrang. Da die Wunde sehr heftig blutete, wurde ein Arzt herbeigerufen, der mit Schiebern durch die enge Stichöffnung in der Tiefe die blutenden Gefäße zu fassen suchte, dann die Schieber liegen ließ und einen Kompressionsverband anlegte, offenbar, wie D. sagt, »pour assurer l'hémostase et rassurer sa conscience«. 4 Jahre später stellte sich der Kranke, der an heftigen Schmerzen im linken Bein litt, bei D. vor. Dieser entdeckte große Varicen am Unterschenkel und machte ohne weitere Untersuchung die Unterbindung der Vena saphena. Erst während der unter Cocainanästhesie ausgeführten Operation erzählte der Kranke von der früheren Verletzung, wodurch D. auf das Aneurysma aufmerksam wurde. Bei der 8 Tage später vorgenommenen Exstirpation des Aneurysmasacks gelang nur die Isolirung der Arterie, welche doppelt unterbunden wurde. Der venöse Sack platzte und musste tamponirt werden. Trotzdem trat ungestörte Heilung ein.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 41. **Sonnabend, den 14. Oktober.** **1899.**

I. Neue Nahtmethoden mit ausziehbaren Fäden.

Von

Dr. **Desider Stapler** in St. Paulo (Brasilien).

Die in letzter Zeit sich häufenden Publikationen über Nahtmethoden, welche den Zweck haben, ein Liegenlassen der Fäden zu vermeiden, beweisen zweierlei: 1) dass die Bestrebungen, die Nachtheile der liegengebliebenen Seidenfäden zu beseitigen, immer allgemeiner werden und 2) dass all die bisher zu diesem Zweck erfolgten Vorschläge noch immer so ungenügend sind, dass Verbesserungen wünschenswerth erscheinen. Schließlich ist es mir nicht bekannt, dass eine dieser ziemlich zahlreichen Nahtmethoden sich einzubürgern vermocht hätte.

Auf der einen Seite also die höchst unangenehmen Eiterungen, die die liegengebliebenen Nähte veranlassen, und die Sucht diese zu beseitigen, auf der anderen Seite die noch nicht gelungene Lösung dieser Aufgabe. Wie bei allen Methoden sind auch hier die Autoren derselben die eifrigsten Anhänger, aber die Vortheile werden auch nur von diesen anerkannt.

Es würde zu weit führen, wollte ich all die bis nun publicirten und mir zur Verfügung stehenden Vorschläge einer eingehenden

Kritik unterziehen; allen haften bei ihren Vorzügen auch gewisse Nachtheile an, den einen mehr, den anderen weniger.

Dazu kommt noch, dass diese Methoden auf dem Papier viel einfacher und rationeller erscheinen, als in der Praxis. Hier ist die Anlegung der Naht eine schwierigere, da ist die Spannung, die dieselbe ausübt, eine viel zu große (Jonnesco[1]), dort ist das nachträgliche Entfernen der Fäden keineswegs leicht (Link[2]), oder endlich muss die Naht mit einem und demselben Faden ausgeführt werden (Gauthier[3], Minervini[4]), was zur Folge hat, dass, wenn derselbe an

Fig. 1.

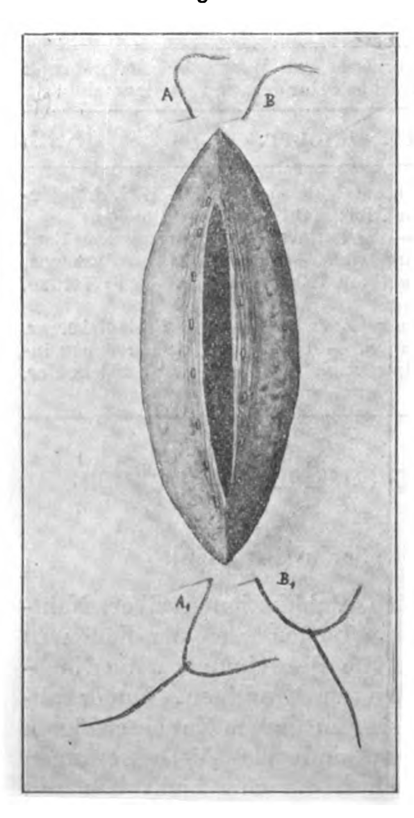
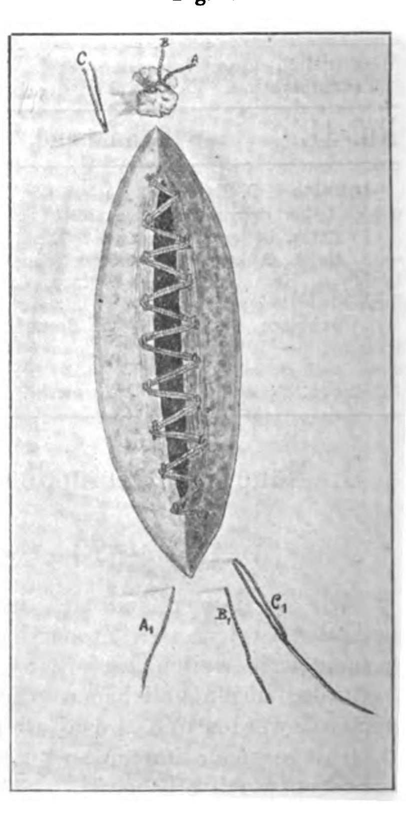


Fig. 2.



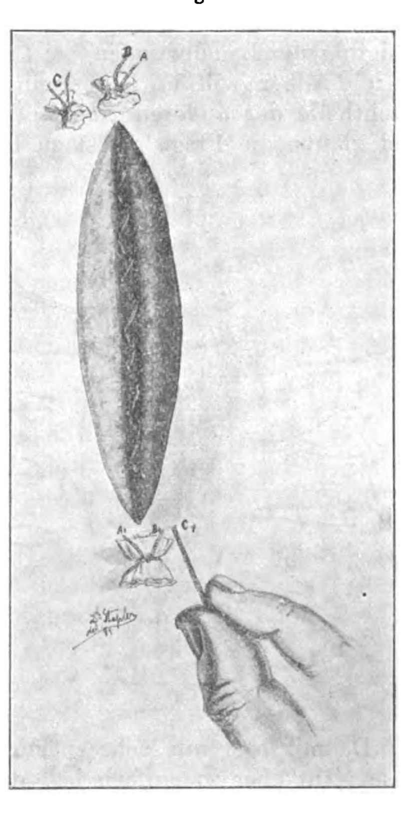
einer Stelle reißt, die ganze Naht gefährdet ist. Die eine Methode ferner passt nicht für dicke Bauchdecken, die andere nicht für Hernien, so dass keine befriedigt. Allen gemein ist, dass sie sich von der Knopfnaht, dieser für die Gewebe noch zuträglichsten und den Chirurgen vertrautesten Naht, stark oder ganz entfernen.

[1] Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 3.
[2] Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 12.
[3] Revue de chir. 1899. No. 4. p. 562.
[4] Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 20.

Die Blasennaht, die so häufig misslingt, war es zuerst, die mich zum Suchen nach besseren Nahtmethoden veranlasste. Die Knopfnähte haben stets die Tendenz, nach der Blase auszuwandern, und dies ist zum nicht geringsten Theil mit ein Grund zum nachträglichen Aufgehen der Blasenwunde. Auch soll die Beweglichkeit der Blase schuldtragend sein, wesshalb Rasumowsky vorschlug, dieselbe in der Wunde zu fixiren. Ich beschloss diese beiden Forderungen in einer Naht zu vereinigen. Diese ist nun wie folgt.

Man sticht eine mit Seidenfaden armirte Nadel bei A (Fig. 1), durch die Haut ein, und unterhalb des Fettgewebes aus; dann wird mit derselben eine Steppnaht so ausgeführt, dass die Muscularis, aber nicht die Mucosa durchstochen wird; bei Bauchschnittwunden wird diese Naht durch die Muskulatur und das Peritoneum, $^1/_2$ cm vom Schnittrand entfernt, geführt; dabei müssen die auf der Muskulatur liegenden Ösen, die der Faden bildet, klein, die unter dem Peritoneum liegenden aber groß sein, was man dadurch erreicht, dass oberhalb stets knapp, unterhalb aber in einer Distanz von 1 bis $1^1/_2$ cm eingestochen wird.

Fig. 3.



Schließlich wird bei A_1 ausgestochen. Dasselbe geschieht bei B und B_1. Nun werden A und B über ein Bäuschchen geknüpft; A_1 und B_1 bleiben noch offen. Jetzt wird bei C (Fig. 2) eine mit Doppelfaden armirte Nadel ein- und unter dem Fettgewebe ausgestochen. Nun führt man die Nadel durch die Fadenösen, die AA_1 und BB_1 bilden, im Zick-Zack durch, bis man unten wieder unter der Haut ausstechen kann, C_1.

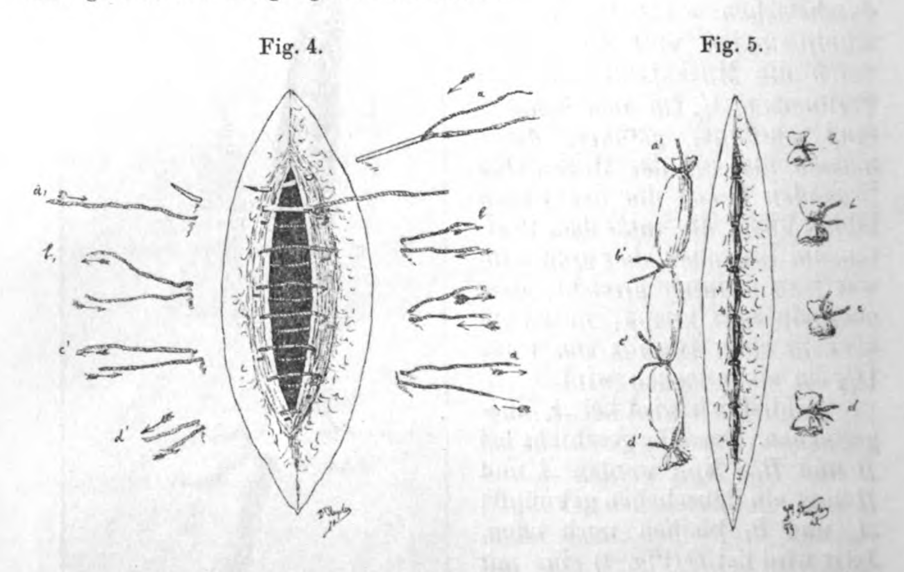
Jetzt knüpft man die Fadenenden C über ein Bäuschchen (Fig. 3), zieht $A_1 B_1$ fest an und knüpft ebenfalls über Bäuschchen. Es genügt dann C_1 anzuziehen, um die Wundränder zum Verschluss und ziemlich breitem Aneinanderliegen zu zwingen. Schließlich werden auch die beiden Fadenenden C_1 geknüpft. Oberflächliche Hautnähte vollenden die Naht.

Ist die Schnittwunde sehr lang, so genügt das Anziehen der Fadenenden A_1 B_1 und C_1 nicht, es müssen vielmehr die Ösen und

Zick-Zackschlingen in kürzeren Abständen mit der Pincette angezogen werden. Trotzdem ist das Entfernen der Nähte nicht schwierig, weil nach 8 Tagen um die Fäden sich Kanäle gebildet haben, die das leichte Herausziehen garantiren. Das Entfernen ist einfach. *AB* wird vorgezogen und unterhalb des Bäuschchens die Fäden durchschnitten; dasselbe geschieht bei *C*. Zieht man nun $A_1 B_1$ und C_1 gleichzeitig oder hinter einander an, so lassen sich die Fäden entfernen, denn in dem Moment, wo AA_1 und BB_1 ausschlüpfen, verliert auch CC_1 seinen Halt und lässt sich ausziehen.

Diese Naht hat mich in einem Falle von Sectio alta bei einem 12jährigen Knaben ganz befriedigt, und wiewohl sie auch zur Vereinigung der Bauchwunden bei Laparotomien geeignet ist, besitzt sie — ich selber will es lieber eingestehen — die oben angegebenen Nachtheile der anderen Nahtmethoden. Desshalb suchte ich weiter und glaube die Frage gelöst zu haben.

Fig. 4. Fig. 5.



Da mir hier nur sehr spärliche Litteratur zur Verfügung steht, diese Naht aber so einfach ist, dass es mich wundern sollte, wenn nicht Jemand früher schon diese Idee gehabt hätte, so will ich durch diese Erklärung jeden Prioritätsstreit vermeiden.

Diese Naht hat keine Nachtheile, bloß Vortheile: sie ist eine Knopfnaht, rasch und leicht anzulegen, erzeugt keine große Spannung, und auch diese nur punktförmig, und ist endlich sehr leicht entfernbar. Man sticht die Nadel ca. $1^1/_2$ cm vom Schnittrand von der Haut aus durch das Fett, fasst Muskel, Fascie und Peritoneum der einen Seite, Peritoneum, Fascie und Muskulatur der anderen Seite; aber statt nun durch die Haut dieser Seite auszustechen, wird die Nadel zurückgeführt und unter dem Fettgewebe durch die Haut jener Seite geführt, wo auch eingestochen wurde. (Fig. 4, *a*, *b*, *c* und

d). Um die Spannung der Fäden gleichmäßiger zu vertheilen, wird 1mal rechts, das andere Mal links eingestochen, es entsteht dann noch *a'*, *b'*, *c'* und *d'*.

Es ist nicht nöthig, diese Nähte dicht anzulegen; ein Zwischenraum von ca. 2 cm ist gerade recht. Nun werden die Fadenenden über einem Gazestreifen geknüpft (Fig. 5 links); durchschneidet man diesen Gazestreifen zuletzt und kürzt die Enden, so hat man kleine Bäuschchen (Fig. 5 rechts). Anfangs knüpfte ich über der Haut die langgelassenen Enden, *a* mit *a'*, *b* mit *b'* etc., um hierdurch einige Hautnähte zu ersparen; dies ist aber nicht immer geeignet. Oberflächliche, bald tiefer, bald seichter verlaufende Knopfnähte vollenden die Naht. Das Entfernen ist außerordentlich leicht. Man zieht ein Bäuschchen vor, durchschneidet einen Faden knapp über der Haut und man wird staunen, wie leicht er hinausschlüpft. Ich nähe nunmehr nur auf diese Weise.

Diejenigen, die die Inficirung der Fäden beim Durchtreten durch die Haut fürchten, können diese Naht mit doppelt armirten Fäden ausführen, oder sie machen gewöhnliche Knopfnähte durch Muskel, Fascie, Peritoneum und fädeln dann die beiden Fadenenden in eine gerade Nadel ein, die sie vom Fettgewebe aus durch die Haut stoßen; die Enden werden dann wie oben beschrieben über Bäuschchen geknüpft. Selbstredend kann auch der leichter sterilisirbare Silberdraht zu dieser Naht verwendet werden.

Je fetter die Operirten sind, desto schräger müssen die Nähte durch das Fettgewebe geführt werden, d. h. also, desto weiter weg vom Schnittrande muss in der Haut ein- und ausgestochen werden. Auf diese Weise vermeidet man am besten zu große Spannung.

Von großer Wichtigkeit ist es, die Fäden nicht zu fest anzuziehen; es ist dies auch ganz überflüssig. Ich knüpfe selbst die tiefen Hautnähte stets so, dass die Wundränder noch 1 mm klaffen, da die oberflächlichen diesen Spalt leicht schließen.

Die Seide, die gut gekocht ist, ist auch steril; die allgemein aufgestellte Behauptung, dass die Keime von den Hautdecken in die Tiefe verschleppt werden, passt nicht auf jene Fälle, wo isolirte Knopfnähte des Peritoneums, der Fascie und Muskulatur gemacht wurden. Diese Fäden kamen ja mit der Haut nicht in Berührung. Wesshalb also eiterten sie nachher heraus? Meiner Ansicht nach ist nur das zu feste Anziehen der Fäden daran Schuld. Dadurch wird das vereinigte Gewebe in großen Partien nekrotisch, und der dadurch entstandene Reiz regt einerseits zur Resorption, andererseits zur Elimination an. Die nie fehlenden Mikroorganismen werden hier einen geeigneten Boden für ihre Entwicklung finden. Es kommt dann entweder zum großen Abscess, oder das nekrotische Gewebe wird resorbirt, während die Mikroorganismen sich in den Seidenfäden unausrottbar festsetzen und dort den Reiz so lange unterhalten, bis die Fadenschlinge eben ausgestoßen ist. Dieses geht aber sehr langsam

vor sich, und außer der unangenehmen langen Eiterung ist jeder Weg, den eine solche Fadenschlinge nimmt, ein Kanal, der die Festigkeit der Narbe vermindert. Dieses Auseitern der Fäden erfolgt hauptsächlich, wenn ein Bauchdeckenabscess bestand, und ist nicht ausschließlich Schuld der Seide; die Seide wurde eben nachher durch den Abscess inficirt. Man hat es also durch die ausziehbaren Fäden in der Hand, selbst bei stattgehabten Abscessen die langwierigen Eiterungen zu sistiren.

Wenn nun, wie ich behaupte, in den meisten Fällen das allzu starke Anziehen der Fäden die Ursache der Abscesse ist, so könnte man einwenden, dass es genügen würde, die Fäden nicht zu fest anzuziehen, um mit Sicherheit Nahteiterungen auszuschließen, wodurch die Methoden der ausziehbaren Fäden überflüssig werden. Dem ist aber nicht so; denn oft tritt die starke Spannung erst einige Stunden nach der Operation auf. Wir sehen meistens die Därme sich rasch mit Gasen füllen, und selbst in jenen Fällen, die völlig fieberfrei, ohne jede Spur von peritonealer Reizung verlaufen, Tympanie auftreten. Es ist dann diese Tympanie, die die Bauchwunde aus einander zu drängen sucht, wodurch die Spannung der Nähte bedeutend erhöht wird; es tritt dasselbe ein, wie wenn die Fäden zu stark geknüpft worden wären; das Gewebe wird gequetscht, nekrotisch, und der Abscess beginnt. Wenn man also durch diese neuen Nahtmethoden die Bauchdeckenabscesse nicht absolut vermeiden kann, so kann man doch mit jeder Sicherheit die langwierigen Eiterungen, die die nachträglich inficirten Seidenschlingen sonst unterhalten, beseitigen.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Obuchow'schen Frauenhospitals in St. Petersburg. — Oberarzt Privatdocent Dr. H. Zeidler.)

II. Über Cocainisirung des Rückenmarks nach Bier.

Von

Dr. J. B. Seldowitsch.

Vor einigen Monaten veröffentlichte Prof. August Bier[1] die Resultate seiner Versuche, vermittels Einführung von Cocain in den Rückenmarkskanal Anästhesie hervorzurufen. Den Vorschlag von Prof. Bier haben wir sowohl experimentell an Thieren, als auch mit freundlicher Einwilligung von Dr. Zeidler bei Operationen wiederholt angewandt. Ein ausführlicher Bericht über die Thierexperimente wird in einem der russischen medicinischen Jahrbücher erscheinen, und ich beschränke mich hier auf eine kurze Beschreibung des Operationsverlaufs bei unseren Kranken. Ich möchte nur bemerken, dass die experimentellen Resultate im Allgemeinen mit den klinischen

[1] Versuche über Cocainisirung des Rückenmarks. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LI. Hft. 3 u. 4.

Beobachtungen übereinstimmen. Anästhesie erzielte ich sowohl mit Cocain- als auch Eucaininjektionen.

I. Fall. Frau von 59 Jahren. Cancer pedis.

Den 11. Mai wurden zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbel 2 Spritzen einer $1/_2$%igen Cocainlösung (0,01 Cocaini) injicirt. Schmerzlosigkeit trat nach 8 Minuten ein, indem sich letztere von den Zehen bis an die Spina anterior superior ossis ilei verbreitete; von hier bis an den Rippenrand war die Schmerzempfindung nur mehr oder weniger herabgesetzt.

Operation: osteoplastische Amputation des Fußes nach Pirogoff.

Die Operation dauerte 40 Minuten und verlief absolut schmerzlos. Die Kranke verblieb ruhig auf dem Tische und unterhielt sich mit den Umstehenden.

Rückkehr der Schmerzempfindung nach 56 Minuten vom Moment der Einspritzung an gerechnet.

$5^1/_2$ Stunden nach der Operation Erbrechen und Frösteln.

Die Temperatur, welche vor der Operation 36,6 war, stieg gegen Abend bis auf 38,9; Pulsfrequenz 100; die Kranke ist aufgeregt.

12. Mai. Temperatur 38,6, Kopfschmerzen und leichte Übelkeit.

13. Mai. Temperatur 37,4 am Morgen und 37,3 am Abend. Kein Kopfschmerz, kein Erbrechen, der allgemeine Zustand befriedigend.

Der weitere Verlauf ganz normal. Die Wunde heilte per primam, und die Kranke verließ das Hospital mit einem guten Stumpf und ganz normalem Allgemeinbefinden.

II. Fall. Frau von 50 Jahren. Ein ausgedehntes Melanosarcoma ossis calcanei; Metastasen in den Femoral- und Inguinaldrüsen. Die Kranke in hohem Grad durch fortwährende Blutungen aus der Geschwulst heruntergekommen und marantisch.

Den 20. Mai Einspritzung von 7 Theilstrichen einer 1%igen Cocainlösung (0,006 reinen Cocains, da wir einen Theilstrich auf die Nadelrinne rechnen). Vollständige Schmerzlosigkeit nach 9 Minuten.

Operation: Amputation des Unterschenkels und Exstirpation der Drüsen. Die Gesammtdauer der Operation 30 Minuten. Zum Schluss der Operation, bei Anlegung der Hautnähte in der Inguinalgegend, fing die Kranke an etwas über Schmerzen zu klagen. Die Durchsägung des Knochens verlief bei vollständiger Schmerzlosigkeit. (Dieser Fall wurde von Dr. Zeidler operirt, die übrigen von mir.)

Die Temperatur, die vor der Operation 36,8 war, stieg um 5 Uhr Nachmittags — $4^1/_2$ Stunden nach der Operation — bis 38,7, um 7 Uhr war sie 39,2, um 9 Uhr Abends 38,6, um 11 Uhr Abends 38,2. Gegen Abend spürte die Kranke Frost, Kopfschmerz, Schwindel, Trockenheit im Munde und war aufgeregt. Pulsfrequenz 120.

Den 21. Mai. Temperatur 36,9 am Morgen und 37,0 am Abend.

Keine Nebenerscheinungen; das Allgemeinbefinden gut.

Die Kranke, die sich Anfangs ziemlich gut erholt hatte, ging 5 Wochen nach der Operation an zunehmender Kachexie zu Grunde. Bei der Obduktion konnte nichts Anormales weder im Rückenmarkskanal, noch im Mark konstatirt werden.

III. Fall. Frau von 55 Jahren. Ein ausgedehntes Hautcarcinom an der äußeren Seite des rechten Beins in der Kniegegend; dasselbe hatte sich in einer aus der Kindheit stammenden Brandnarbe entwickelt. Die Leistendrüsen vergrößert.

Den 26. Mai wurden der Kranken 2 Spritzen (mit einer 2minutigen Zwischenzeit) einer $1/_2$%igen Cocainlösung injicirt (0,01 Cocaini). Die Anästhesie trat nach 5 Minuten ein. Es wurden zuerst die Leistendrüsen exstirpirt und die Wunde geschlossen und dann erst das Carcinom entfernt; beide Momente wurden bei völliger Schmerzlosigkeit ausgeführt. Der große Defekt am rechten Knie wurde gedeckt durch Hauttransplantation nach Thiersch. Das Schneiden der Hautlappen am linken Oberschenkel etwas schmerzhaft.

Im Ganzen dauerte die Anästhesie 35 Minuten und verbreitete sich bis in die Nabelgegend; von hier nach oben bis an die Brust war die Schmerzempfindung

nur mehr oder weniger herabgesetzt. Während der Operation war die Kranke aufgeregt.

Ende der Operation um 11 Uhr 15 Min. Im Laufe des Tages nach der Operation Kopfschmerzen und Schwindel. Pulsfrequenz 90. Um 2 Uhr Nachmittags Frösteln.

Temperatur vor der Operation 36,8, um 1 Uhr 37,4, um 3 Uhr 39,2, um 4 Uhr 39,9, um 5 Uhr 39,6, um 6 Uhr 39, um 7 Uhr 38,6, um 9 Uhr Abends 37,8, um 11 Uhr Abends 37,5, um 2 Uhr Nachts 37,7.

Den 27. Mai war die Temperatur am Morgen 36,8, am Abend 36,9. Erbrechen, Kopfschmerzen und Schwindel.

Den 28. Mai: Temperatur normal, Kopfschmerzen, Übelkeiten.

Die Nebenerscheinungen verschwanden am nächsten Tage, und der weitere Verlauf war normal. Die transplantirten Hautstücke heilten an, die Wunde in der Inguinalgegend heilte per primam, und die Kranke verließ das Krankenhaus vollständig gesund.

IV. Fall. Ein Mädchen von 13 Jahren. Tuberkulose des rechten Kniegelenks, Ankylose unter spitzem Winkel. Rechtsseitige Skoliose.

25. Juli. Injektion einer Pravaz'schen Spritze 1%iger Cocainlösung (0,009 Cocaini). Operation: Totale Kniegelenkresektion.

Anfang der Operation 9 Minuten post injectionem. Anfangs war die Kranke aufgeregt, aber bald beruhigte sie sich, und sogar das Absägen der Knochenenden war absolut schmerzlos. Die Gesammtdauer der Operation 50 Min.; Anlegung der Hautnähte auch vollständig schmerzlos. Das Verhalten der Patellarreflexe war in diesem, wie in den vorangehenden Fällen normal.

Ende der Operation um 11 Uhr 30 Min. Um 1 Uhr Frösteln von kurzer Dauer, um 2 Uhr stieg die Temperatur (vor der Operation 36,9) bis 39,0, um 3 Uhr bis 40, um 5 Uhr 39,5, um 7 Uhr 39,9, um 8 Uhr 39,4, um 9 Uhr Abends 39,2, um 11 Uhr 39,0, um 1½ Uhr Nachts 38,5, um 4 Uhr 38,2.

26. Juli. Am Morgen Temperatur 36,5. Das Allgemeinbefinden fortwährend gut; weder Kopfschmerzen, noch Schwindel, noch Erbrechen. Pulsfrequenz 130. Die Pupillen erweitert.

Den 26. und 27 Juli gab die Kranke Temperatursteigerung am Abend 38,6 und 38,4.

Der weitere Verlauf vollständig normal, die Temperatur nicht über 37,6; völlige Abwesenheit irgend welcher unangenehmen Empfindungen. Die Pupillenerweiterung verschwand nach einigen Tagen. Die Wunde heilte per primam, und die Kranke fühlt sich gegenwärtig gut.

Bei Zusammenstellung der oben geschilderten Fälle mit den von Prof. Bier veröffentlichten fällt uns bei letzteren die Abwesenheit irgend welcher Andeutung einer Erscheinung auf, die scharf und gleichartig bei allen unseren Kranken auftrat — wir meinen den nach der Operation auftretenden mehr oder weniger starken Frostanfall mit raschem Steigen der Temperatur bis 40° und nachfolgendem Sinken derselben. Die oben angeführten Zahlen geben eine genügend prägnante Vorstellung von diesen Temperaturschwankungen.

Das Frösteln und die Temperatursteigerung unserer ersten Kranken versetzte uns in einige Verlegenheit, und wir waren geneigt, diese Erscheinungen irgend einer Zufälligkeit zuzuschreiben; aber die Wiederholung derselben Symptome bei den anderen Kranken und die Temperatursteigerung bis über 40° bei Hunden nach stattgefundener Injektion von Cocain in den Rückenmarkskanal ohne irgend welche nachfolgende Operation zeigte uns, dass die oben

genannten Symptome der Injektion von Cocain in den Rückenmarkskanal eigen sind. Es versteht sich von selbst, dass die Injektionen streng aseptisch gemacht wurden.

Was die Ursache der oben geschilderten Nebenerscheinungen anbetrifft, so scheint es uns, dass alle beobachteten Symptome, d. h. Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Trockenheit in der Mundhöhle (Fall II), Pupillenerweiterung (Fall IV), die Aufregung und das Frösteln, entgegen der Ansicht von Prof. Bier, der toxischen Einwirkung des Cocains selbst zugeschrieben werden müssen. Dafür sprechen auch die von uns beobachteten Temperaturerscheinungen, zumal die Eigenschaft des Cocains, bei hypodermatischer Anwendung Temperatursteigerungen zu bewirken, schon lange in der Litteratur verzeichnet ist.

Die Injektion von 2 Spritzen einer Salzlösung in den Rückenmarkskanal eines Hundes rief keine Temperatursteigerung hervor.

Wir müssen noch bemerken, dass bei unseren Kranken kein Verlust von cerebrospinaler Flüssigkeit stattgefunden hat. Sobald die Flüssigkeit sich in der Kanüle zeigte, und wir die Gewissheit hatten, dass die Nadel sich im Rückenmarkskanal befindet, wurde die Cocainlösung mittels einer fest anliegenden Spritze injicirt, und keine einzige von unseren Kranken hat mehr als einen Tropfen von Liquor cerebrospinalis verloren.

Indem wir zum Ende unserer Mittheilung kommen, erlauben wir uns die Hoffnung auszusprechen, dass bei weiterer experimenteller und klinischer Bearbeitung des von Prof. Bier vorgeschlagenen neuen Wegs zur Einführung von Anästheticis in den menschlichen Körper es gelingen wird, mittels Modifikationen der injicirten Flüssigkeiten und deren Dosirung dieselben glänzenden Resultate zu erreichen, ohne die in gegenwärtiger Zeit unangenehmen Nebenerscheinungen zu beobachten.

---

1) **M. Carle.** De la dégénérescence cancroïdale des vieilles otites suppurées.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. April.)

Unter Bezugnahme auf 2 Beobachtungen, in denen die cancroïde Beschaffenheit der aus alter Ohreneiterung hervorgehenden Neubildung mikroskopisch erwiesen wurde, bespricht C. die Symptome, die auf eine bösartige Neubildung auf der erwähnten Grundlage schließen lassen:

1) Neuralgische Schmerzen, welche schnell entstehen und sich weit verbreiten.
2) Facialisparalyse.
3) Betheiligung der Regio mastoïdea.
4) Blutiger und stinkender Ausfluss.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).



2) **G. Parlavecchio.** I tumori della lingua e la loro cura.

Roma, **Tipografia Innocenzo Artero,** 1899. 290 S.

Eine umfangreiche Monographie, in der unter ausgiebiger Benutzung der Gesammtlitteratur (auch der deutschen) Alles zusammengetragen ist, was wir über die Geschwülste der Zunge wissen. Wenn auch Neues nicht gerade darin enthalten ist, so wird doch Jeder, der sich eingehender mit dem Thema befasst, die Arbeit mit Nutzen zu Rathe ziehen.

Ein 1., etwas breit angelegter Abschnitt bespricht die Zungengeschwülste im Allgemeinen. Im Kapitel Therapie findet sich hier ein auch chirurgisch nicht uninteressanter Exkurs über die Zungenexstirpationen, welche im Alterthum und im Mittelalter zur Bestrafung von Verbrechern ausgeführt wurden. Der 2. Abschnitt behandelt sehr ausführlich sämmtliche Arten von Geschwülsten der Zunge nach Ätiologie, Symptomen, Diagnose und Therapie. Verf. stützt sich hierbei auf die in der Litteratur niedergelegte Kasuistik, zum Theil aber auf eine eigene, von ihm selbst durch Umfrage bei italiänischen Chirurgen aufgestellte Statistik von 186 Fällen (158 Krebse, 23 seltene Geschwülste, 5 Pseudogeschwülste). Am ausführlichsten ist selbstverständlich der Krebs besprochen. Über die Prognose desselben äußert sich Verf. sehr resignirt, indem er sagt, dass in der Regel die operirten Fälle recidiviren (er führt einen Fall an, wo 20 Jahre nach der Operation ein Recidiv auftrat). Trotzdem räth er zur Operation, da durch sie das Leben verlängert und die Beschwerden vermindert werden, in allen Fällen, wo nur einigermaßen Aussicht auf gänzliche Entfernung des kranken Gewebes besteht. Auch vor eingreifenden Voroperationen soll man nicht zurückschrecken.

Nach der Statistik des Verf. gebührt in Bezug auf den unmittelbaren Erfolg der Regnoli'schen Operation und ihren Modifikationen der Vorzug vor den Eingriffen, welche den Kiefer durchtrennen. Er giebt schließlich noch ein eigenes, am Lebenden noch nicht erprobtes Verfahren an, das die hier und da beobachtete Fistelbildung am Mundboden verhüten soll.

Im 3. Abschnitt werden die »Pseudogeschwülste« (Cysten, Aneurysmen, Infektionsgeschwülste) kurz besprochen.

Am Schluss findet sich ein ausführliches Litteraturverzeichnis, das leider in einer Art und Weise (nach der äußeren Erscheinungsform der Arbeiten, als These, in einer Zeitschrift etc.) zusammengestellt ist, dass seine Benutzung sehr erschwert, zum Theil unmöglich gemacht wird. **F. Brunner** (Zürich).

---

3) **A. Hoffa.** Die chronisch ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 247. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

Nach dem bisher vorliegenden, von H. durch Mittheilung eines weiteren Falles ergänzten Material handelt es sich bei der obigen

Krankheit um eine von unten nach oben fortschreitende Ankylosirung der Wirbelsäule mit gleichzeitiger, schließlich auch in Ankylose übergehender Beweglichkeitsbeschränkung der Hüft-, selten auch der Schultergelenke. Die kleinen Extremitätengelenke bleiben dagegen frei; nur an den Kniegelenken zeigt sich gelegentlich eine Verminderung der Beweglichkeit. Als nebensächliche Befunde sind in den meisten Fällen noch eine derbe Atrophie der langen Rückenmuskeln, Exostosen in der Sacralgegend und an den Körpern der Halswirbel, Abplattung des Brustkorbs und Beckens, respiratorischer Stillstand des Thorax in seinen oberen Partien vorhanden gewesen. Die Krankheit hat große Ähnlichkeit mit der von v. Bechterew beschriebenen »Steifigkeit der Wirbelsäule mit einer nach hinten bogenförmigen Krümmung derselben«; doch sind bei dieser Affektion die Hüft- und Schultergelenke nicht betheiligt und bestehen unzweifelhafte Wurzelsymptome in Folge von Kompression der Rückenmarkswurzeln in den verengten Zwischenwirbellöchern. Auch die tuberkulöse Erkrankung der Lendenwirbelsäule und die Spondylitis deformans können zu Verwechslung Veranlassung geben. Indess werden, wie die Röntgographie im H.'schen Falle erkennen ließ, bei der vorliegenden Krankheit die Wirbelkörper und Zwischenwirbelkörper nicht ergriffen; der Process spielt sich an den hinteren Theilen der Wirbel (Wirbelbögen, Dornfortsätzen, Gelenkfortsätzen) ab. In ätiologischer Beziehung waren neben traumatischen und rheumatischen Schädlichkeiten infektiöse Ursachen (Influenza, Gonorrhoe etc.) mitwirkend. — Methodische Massage und Gymnastik brachten in H.'s Falle Besserung der Beweglichkeit. **Kramer** (Glogau).

---

4) **Redard** und **Bezançon.** Über die chirurgische und orthopädische Behandlung der Little-Krankheit. (Ins Deutsche übertragen von Zuelzer.)

Schon im Jahre 1893 haben die Verff. eine ausführliche Beschreibung der orthopädischen Maßnahmen bei der Little-Krankheit publicirt. Nach ihrer Vorschrift soll die Behandlung möglichst früh begonnen werden und ist je nach der Schwere des Falles verschieden. Außer Massage und Gymnastik wird die Anlegung von Schienen empfohlen, welche die Beine aus einander drängen, ferner die Vertikalsuspension und die Beseitigung von peripheren Reizursachen an den Genitalien. Das Redressement forcé mit darauf folgender Immobilisation, die subkutane oder offene Tenotomie oder Myotomie bieten große Vortheile. Auch Sehnentransplantationen werden vorgeschlagen. Die Verff. wollen unter diesen Maßnahmen bei den von ihnen behandelten Kindern sogar eine Besserung der häufig geminderten Intelligenz beobachtet haben.

J. Riedinger (Würzburg).

---

5) **H. Küttner.** Zur Technik ausgedehnter Lymphomexstirpationen am Hals.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 3.)

Für schwierige Fälle tuberkulöser Lymphome der Halsgegend, bei denen die Drüsen einer ganzen Halshälfte, besonders die vor, hinter und unter dem Kopfnicker gelegenen, in ein großes, mit der Umgebung fest verwachsenes Packet verwandelt sind, empfiehlt Verf. folgendes Vorgehen: Hautschnitt am Vorderrand des Kopfnickers vom Jugulum bis zur Höhe des Kieferwinkels, von da in flachem Bogen 1—2 Querfinger unterhalb der Spitze des Warzenfortsatzes nach hinten umbiegend und 2—3 Querfinger hinter dem Warzenfortsatz endigend. In Höhe des Hautschnitts wird der Kopfnicker durchschnitten, dann der Haut-Muskellappen nach hinten zurückgeschlagen. In dem auf diese Weise freigelegten Feld liegt das ganze Operationsgebiet, insbesondere der Verlauf der V. jugularis und des N. accessorius zu Tage, auch die Gegend der Parotis und Submaxillarspeicheldrüse lassen sich leicht erreichen.

Die Exstirpation der Drüsen, die womöglich in einem Stück erfolgen soll, beginnt am besten am unteren Wundwinkel mit Freilegung der V. jugularis (ev. kann auch noch die untere Insertion des Kopfnickers durchschnitten werden); von da aus wird das Packet schrittweise von unten nach oben auspräparirt. Die Blutung ist bei dieser Schnittführung relativ gering, die Drainage erfolgt durch die Basis des Lappens. Verf. hat das Verfahren in 23 Fällen selbst geübt; es gewährte stets einen vorzüglichen Zugang so wie die Möglichkeit einer gründlichen und zusammenhängenden Exstirpation, es bot einfache Wundverhältnisse und hinterließ keine bedeutendere Entstellung.

Honsell (Tübingen).

---

6) **Turban** (Davos). Zur chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 21.)

Es kommen Fälle von Lungentuberkulose vor, in welchen eine Neigung zu Schrumpfung und Narbenbildung vorhanden ist, sich aber nicht genügend bethätigen kann, weil der zu gut und zu kräftig gebaute Brustkorb die nöthige Verkleinerung seines Innenraums nicht zulässt. Um die starke Brustwand ohne Gefahr für den Pat. beweglich zu machen und zu verkleinern und auf diese Weise den natürlichen Heilungsvorgang im Brustraum anzuregen und zu fördern, empfiehlt T. eine größere Thorakoplastik ohne Eröffnung der Pleurahöhle auszuführen in Form ausgedehnter Rippenresektionen. Der bequemen Zugänglichkeit wegen werden hauptsächlich die seitlichen unteren Thoraxpartien vorn und hinten in Frage kommen. Um die Regeneration der Rippen nach Möglichkeit zu vermeiden, hält es T. für nöthig, das Periost mit zu reseciren und den mit der Kostalpleura stehenbleibenden Rest, so wie die Rippenstümpfe zu kauterisiren.

T. hat selbst im Jahre 1896 die erste derartige Operation ausgeführt, durch welche er den schweren fortschreitenden Process zum Stillstand und theilweise zur Rückbildung bewegen konnte.

Die Indikation T.'s für diesen operativen Eingriff gilt in Fällen von totaler oder nahezu totaler Erkrankung einer Seite bei gutem Zustand der anderen, wenn mehrmonatliche Beobachtung genügende Widerstandskraft, Tendenz zur Schrumpfung bei starrbleibendem Thorax ergeben hat. **Gold** (Bielitz).

Kleinere Mittheilungen.

7) **F. Schultze.** Spinalpunktion und Einspritzung von Antitoxinserum in die Spinalflüssigkeit bei Tetanus traumaticus.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 1.)

S. sah bei einem akuten, traumatischen Tetanus nach wiederholter subkutaner Injektion Behring'schen Antitoxinserums keinen Erfolg. Er kam daher auf die Idee, mittels Lumbalpunktion das Serum direkt in die Cerebrospinalflüssigkeit einzuspritzen. Er führte daher am 5. Krankheitstage die Lumbalpunktion aus. Die Spinalflüssigkeit stand unter mäßig erhöhtem Druck (260 mm), war völlig klar, enthielt kein Eiweiß. Nach Entleerung von 20 ccm wurden 15 ccm Antitoxinserum eingespritzt, der noch vorhandene Rest von 10 ccm Serum wurde subkutan injicirt. Die Injektion wurde gut vertragen, war aber ohne Erfolg auf den Tetanus; im Gegentheil breitete sich derselbe auf Arme und Beine aus. Eine Wiederholung der Injektion am 7. Krankheitstag gleichfalls ohne sichtbaren Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Der Kranke genas; es war ein mittelschwerer Tetanus, wie er auch ohne Antitoxin unter alleiniger Einwirkung von Morphium, Chloral und lauen Bädern heilen kann.

S. selbst zieht weder einen günstigen noch ungünstigen Schluss auf die Wirkung des Mittels aus dieser Beobachtung. Trotzdem ist die Einverleibung des Serums auf diese Weise entschieden rationell; denn da vor Allem die Rückenmarksganglienzellen ergriffen sind, bringt man das Antitoxin durch die Einführung in die Spinalflüssigkeit dem eigentlichen Krankheitsherd am direktesten bei. Erst nach seinem Versuch sah S., dass Quénu schon vorher bei Tetanus intracerebrale Injektionen des Serums versucht hat. Dem ist jedenfalls der spinale Weg vorzuziehen, einmal, weil man die Trepanation des Schädels dabei vermeidet, sodann, weil man das Serum dem Krankheitsherd im Rückenmark viel näher bringt.

Haeckel (Stettin).

8) **F. Berndt** (Stralsund). Über die Anwendung der regionären Anästhesie bei größeren Operationen an den Extremitäten.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 27.)

B. theilt 2 Beobachtungen mit, welche die Möglichkeit darthun, unter Umständen auch am Oberschenkel und Oberarm unter regionärer Anästhesie schmerzlos zu operiren. Zur Abschnürung wurde eine möglichst breite Gummibinde gewählt, danach in die unmittelbare Umgebung der größeren Nervenstämme 4—5 cg Cocain in frisch hergestellter Lösung (ca. 50—60 ccm) injicirt, die Operation aber erst nach ca. 30 Minuten ausgeführt. Nur die Abschnürung der Extremität wurde unangenehm empfunden; der eigentliche Eingriff (osteoplastische Amputation des Oberschenkels nach Gritti in dem einen, Fingerexartikulation und ausgedehnte Einschnitte an der Hand in dem anderen Falle) verliefen schmerzlos.

Kramer (Glogau).



9) **Preindlsberger.** Chirurgisch-kasuistische Beiträge.

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 9.)

1) Ein Fall von Lymphangioma manus simplex.

Das Besondere dieses Falles der seltenen angeborenen Neubildung liegt in der Komplikation mit Gelenkveränderungen; die Interphalangealgelenke zweier Finger sind gelockert, so dass eine bedeutende Überstreckung und seitliche Bewegungen möglich sind. Die Neubildung lag an der Volarseite; 2 Abbildungen im Text.

2) Zur Behandlung des Anus praeternaturalis.

Die Einzelheiten der beschriebenen Fälle sind für ein Referat nicht geeignet. P. empfiehlt, das den Erfolg der Operation gefährdende Ekzem in der Umgebung des widernatürlichen Afters durch Behandlung des Pat. im permanenten Wasserbad während einiger Tage zu beseitigen; das Wasserbad übertreffe alle anderen Methoden an Schnelligkeit und Sicherheit. **Grisson** (Hamburg).

10) **Weinlechner.** Mittheilungen über Celluloidimplantation bei Knochendefekten.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.
(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 26.)

Abgesehen von der bekannten Verwendung des Celluloids zur Deckung von Trepanationsdefekten, die auch W. mit Erfolg besonders bei Jackson'scher Epilepsie geübt hat, hat W. mit Celluloidplatten bezw. -Stiften Nervenkanäle geschlossen nach Resektion oder Evulsion von Nerven, um dadurch eine Wiedervereinigung der Nervenenden zu verhüten. Bei einem in spitzwinkliger Ankylose geheilten Ellbogengelenk machte er die Resektion, legte zwischen die Knochenenden eine Celluloidplatte und erreichte eine bewegliche Pseudarthrose, obgleich die Platte nach Wochen ausgestoßen wurde. **Grisson** (Hamburg).

11) **E. Cramer** (Cottbus). Sehnervenentzündung nach Schädelkontusion.

(v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie 1898. No. 47.)

Ein 35 Jahre alter Arbeiter, der vor Jahren wegen Pleuritis und Bluthusten mehrfach behandelt worden war, fällt auf der Treppe und schlägt mit der Stirn gegen eine Eisenplatte. Nach kurzer Bewusstlosigkeit erholt er sich, arbeitet weiter, konsultirt aber am 8. Tage den Arzt wegen Kopfschmerz und Schwindel, wozu sich nach wenigen Tagen Doppeltsehen gesellt. 14 Tage nach dem Unfall macht der Pat. einen schwerkranken Eindruck, er taumelt. Die äußerlich unveränderten Augen zeigen beiderseits erhebliche Stauungspapille. Das Gesichtsfeld ist offenbar eingeschränkt. Ausgeprägtes Westphal'sches und Rosenberg'sches Phänomen! Für Lues kein Anhalt, eben so wenig für Schädelbruch. Auf reichliche Anwendung von Hg und Jodkali gingen die Erscheinungen binnen 3 Wochen zurück, so dass Pat. zur Arbeit entlassen werden konnte. Ein Recidiv in Folge Erkältung geht auch bald wieder zurück. Aber bei der Untersuchung in der 13. Woche wird eine beginnende Sehnervenatrophie festgestellt; das Sehvermögen ist beiderseits auf $^5/_{12}$ gesunken. Es besteht erhebliche Einschränkung des Gesichtsfelds. Die Atrophie war nach Ablauf eines Jahres noch weiter vorgeschritten. C. kommt zu dem Schluss, dass es sich um Papillitis bei tuberkulöser Meningitis gehandelt habe, und dass diese durch die Schädelkontusion zum Ausbruch gekommen sei. (Als ganz einwandsfrei erwiesen wird man die tuberkulöse Natur des Leidens nicht ansehen können. Die tabischen Symptome finden als solche zu wenig Würdigung. Ref.) **P. Stolper** (Breslau).

12) **Riegner.** Zur Frage der Schädelresektion bei traumatischen intrakraniellen Blutungen.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1899. No. 16.)

Nur lokal begrenzte traumatische Blutergüsse innerhalb der Schädelkapsel, welche neben wenig ausgesprochenen oder rasch zurücktretenden Zeichen all-

gemeinen Hirndrucks deutliche Herderscheinungen zeigen, eignen sich zu einem operativen Eingriff. Nach einigen zusammenfassenden Bemerkungen über die einzelnen Arten der Blutergüsse und deren Lokalisation bringt Verf. die Krankengeschichten von 4 operativ behandelten Fällen intrakranieller Blutung.

Fall I. Ein 6jähriger Knabe zieht sich durch Fall aus der Höhe eines Stockwerks auf das Pflaster einen Schädelbruch mit subduralem Bluterguss zu. Nach der vom Verf. vorgenommenen Trepanation sofortiger Rückgang der Hirndruckerscheinungen und Heilung.

Fall II. Ein 49jähriger Postschaffner erleidet durch Sturz in einen Keller einen Schädelbruch mit subduralem Hämatom. Nach einer osteoplastischen Schädelresektion nach Wagner stirbt Pat. noch am selben Abend im Collaps.

Fall III. Ein 40jähriger Tischler zieht sich durch Fall von einer Treppe einen Schädelbasisbruch mit extraduralem Bluterguss zu. Durch Vornahme einer osteoplastischen Schädelresektion wird Heilung erzielt.

Fall IV. Bei einem etwa 40jährigen, bewusstlos aufgefundenen, unbekannten Mann wird ein Schädelbruch diagnosticirt. Nach einer osteoplastischen Schädelresektion findet sich bei unverletzter Dura ein extra- und ein subduraler Bluterguss. Pat. stirbt am nächsten Tage im Collaps. **Motz** (Hannover).

13) **Hoefer.** Beitrag zur Trepanation bei Epilepsie.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 5.)

H. giebt 10 operativ behandelte Fälle von Epilepsie aus der Münchener chirurgischen Klinik.

4 unter diesen Fällen betreffen Jackson'sche Epilepsie ohne vorausgegangenes Trauma. Die Krämpfe begannen gut lokalisirt in einer Extremität, wurden bald allgemeine, zum Theil hatten die Kranken schon psychische Veränderungen. Der lokale Befund am Gehirn war stets im Wesentlichen normal; alle Fälle blieben durch die Operation unbeeinflusst. Eine elektrische Bestimmung des Rindenfelds oder eine Rindenexcision nach Horsley wurde nicht vorgenommen.

2 Fälle Jackson'scher Epilepsie nach Depressionsfraktur des Schädels. In einem fand sich an der Innenseite des Knochens eine vorspringende Leiste, die entfernt wurde, ohne die Dura zu eröffnen. Keine Besserung der Anfälle. Im 2. Falle war die Dura verdickt und mit der Arachnoidea verwachsen; Erweichungsherd der Hirnoberfläche. Tod an Nachblutung.

3 Fälle allgemeiner Epilepsie nach Schädelverletzung. In dem einen fanden sich 4 bis haselnussgroße Cysten in der Rinde; die Anfälle werden nach der Operation wesentlich seltener. Im 2. Falle große subdurale Cyste; keine Besserung. Im 3. Falle nach schwerer Gehirnerschütterung chronische Pachy- und Leptomeningitis. Keine Besserung.

Der interessanteste Fall endlich betrifft eine Impression der Hinterhauptsgegend nach Fraktur, im Anschluss an welche anfallsweise Aufregungs- und Tobsuchtszustände sich eingestellt hatten. Nach Ausmeißlung des eingedrückten, schon stark verdickten Knochens ohne Eröffnung der Dura besserten sich die psychischen Veränderungen ganz erheblich. **Haeckel** (Stettin).

14) **J. Crocq.** Un cas d'épilepsie Jacksonienne hystérique.

(Journ. de neurologie 1898. August 20.)

Der vorliegende Fall dürfte für die Beurtheilung der günstigen Resultate nach der Operation in Fällen Jackson'scher Epilepsie von Wichtigkeit sein.

Ein 20jähriger Mann aus tuberkulöser Familie, der in seiner Kindheit ebenfalls eine tuberkulöse Knochenerkrankung durchgemacht zu haben scheint, erkrankt nach einem sehr heftigen Schreck an Anfällen, die vollständig den Eindruck von epileptischen machen: Gefühl von Eingeschlafensein im linken Bein, darauf ganz kurze Zeit anhaltende Steifigkeit in demselben, weiter klonische Zuckungen, die auf den linken Arm und den Kopf übergreifen und schließlich ganz allgemein werden. Die Dauer solcher Anfälle, die zuletzt allmählich bis zu 25 innerhalb 24 Stunden sich steigerten, betrug $1/2$—$1 1/2$ Minute. Während des Anfalls schreit der Kranke, verliert nicht das Bewusstsein; Schaum tritt ihm nicht vor den Mund,

Urin geht ihm nicht ab. — Außer den soeben geschilderten großen Anfällen stellten sich zeitweise Schwindel und Gefühl von Kribbeln, das in der linken Seite begann und allgemein zu werden Neigung zeigte, ein. Sensibilitätsstörungen wurden weder vor noch nach den Anfällen beobachtet, abgesehen von einer Hyperästhesie der linken Seite, wo schon ein Stich einen Anfall hervorzurufen drohte. Außerdem klagte der Kranke über Schwindelgefühl und rechtsseitige Kopfschmerzen. Die Perkussion des Schädels ergab in Übereinstimmung hiermit eine überempfindliche Stelle im Niveau der Rolando'schen Zone. Das ganze Krankheitsbild legte die Diagnose auf Jackson'sche Epilepsie nahe, und zwar nahm Verf. eine tuberkulöse Läsion der rechten Rinde in Höhe der genannten Zone an. Er wollte daher trepaniren. Bevor er jedoch diesen letzten Schritt that, unternahm er noch einen Versuch mit Wachsuggestion. Vor seinen klinischen Zuhörern und in Gegenwart des Kranken wies er darauf hin, dass wir in dem Argentum nitricum in solchen Fällen ein souveränes Mittel besäßen. Der Kranke erhielt diese Pillen und der Erfolg zeigte sich unmittelbar. Denn am anderen Tage war die Zahl der Anfälle von 15—20 in der letzten Zeit sofort auf 6 gefallen; den 2. Tag stellten sich nur noch 2 Anfälle ein, den 3. wiederum 4. Gleichzeitig verschwanden das Kopfweh und die Empfindlichkeit des Schädels bei Perkussion. Die nächsten 8 Tage brachten nur noch je 2 Anfälle, dann blieben dieselben mit Ausnahme von noch 1mal je zweien an 2 auf einander folgenden Tagen fort, bis zur Zeit der Berichterstattung volle 4 Monate. Pat. hatte inzwischen die Pillen noch weiter genommen. Dieser suggestive Erfolg lässt die Diagnose Hysterie berechtigt erscheinen. Verf. erinnert an einen von Raymond in seinen Travaux de neurologie chirurgicale 1899 No. 1 p. 8 veröffentlichten Fall von Jackson'scher Epilepsie, der in klinischer Hinsicht dem vorliegenden vollständig glich, operirt wurde, wobei die Gehirnoberfläche absolut gesund gefunden wurde, und auch recht günstig beeinflusst wurde, in so fern die Anfälle sofort auffällig seltener wurden, und betont mit Recht, dass, wenn der von ihm beobachtete Fall trepanirt worden wäre, die Statistik über operative Behandlung der Jackson'schen Epilepsie um einen günstigen Erfolg bereichert worden wäre. Die Rolle der Suggestion muss, wie Ref. bereits gelegentlich eines nur scheinbar operativ behandelten und daraufhin unmittelbar in Heilung übergegangenen Falles von Basedow'scher Krankheit hervorgehoben hat, bei der Beurtheilung der operativen Behandlung von Neurosen mehr Berücksichtigung finden, als es bisher noch geschieht. **Buschan** (Stettin).

15) **Karewski.** Beitrag zur Heilung der narbigen Kieferklemme.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 20.)

Nach Streifung der verschiedenen ätiologischen Momente, welche die Kieferbewegungen aufheben und nach Besprechung der einzelnen hier in Betracht kommenden Operationsmethoden, berichtet K. über einen Fall von narbiger Kieferklemme, welcher beweist, dass man selbst in den allerschlimmsten Fällen von Kieferklemme durch radikales Vorgehen ein funktionell und kosmetisch gutes Dauerresultat erzielen kann. In dem speciellen Falle bestand das Leiden, in frühester Jugend entstanden, durch 14 Jahre mit totalem Verlust der Wangentheile (ausgenommen die äußere Haut), weitestgehender knöcherner Verlöthung der Kiefer und Wachsthumsstörungen. Durch Kombination zweier Operationsmethoden — Resektion des Kiefers mit Wangenbildung nach Israel — (siehe Original), ist es trotz der ungünstigsten Verhältnisse in diesem Falle gelungen, Heilung herbeizuführen, indem nicht nur die mangelhafte Gesichtsbildung wesentlich gebessert wurde, sondern auch der Mund bis zu 3 cm Weite geöffnet werden kann (siehe die dem Original beigegebenen Photogramme). Die vorher gestörte Sprache hat der normalen Platz gemacht und der Ernährungsakt geht auf gewöhnlichem Wege vor sich. **Gold** (Bielitz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 42. **Sonnabend, den 21. Oktober.** **1899.**

Ein neues Verfahren für die Resektion des Ellbogengelenks.

Von

Dr. Tito Cavazzani,

Assistente alla Clinica chirurgica di Pavia.

Wenn ich hier eine neue Methode der Resektion oder einfach Arthrektomie des Ellbogengelenks veröffentliche, so geschieht dies nicht, weil ich etwa eine solche für durchaus nöthig halte, wohl aber,

weil diese neue Operationsmethode mir schneller auszuführen und unschädlicher als jede andere erscheint. Ich habe sie schon in den ersten Monaten dieses Jahres in der »Clinica moderna«, »Gazzetta medica Lombarda« und »Bollettino della Società medico-chirurgica di Pavia« veröffentlicht. Damals hatte ich sie nur an der Leiche angewendet, seitdem aber ist sie von meinem Vater, Oberarzt des Spitals von Venedig, in 3 Fällen von Arthritis tuberculosa geübt und im Vergleich zu anderen Methoden als sehr bequem und wirksam anerkannt worden, weil sie die subperiostale Trennung einschränkt und einen weiteren Zugang zu allen Gelenkbuchten gewährt[1].

Für die Chirurgie der oberen Glieder gelten folgende 2 Grundsätze:

a. Die Eröffnung der Gelenke muss genügend groß sein, um eine genaue Untersuchung aller ihrer Buchten zu gestatten.

b. Knochen und Weichtheile sollen so viel wie möglich geschont werden, um die physiologische Funktion nicht zu beeinträchtigen.

Nun ist es leicht verständlich, dass diese beiden Erfordernisse in umgekehrtem Verhältnis zu einander stehen. Je weiter man das Gelenk eröffnet, um so weniger können die es deckenden Theile erhalten bleiben.

Für die totale Resektion der Epiphysen sind fast alle Methoden von gleichem Werth. Nicht so verhält es sich bei der synovialen Arthrektomie oder bei den ökonomischen Resektionen, welche die konservative Chirurgie heute bevorzugt. Es ist noch fraglich, ob eine synoviale Arthrektomie oder allenfalls eine theilweise Resektion von gutem Erfolg sein kann, wenn wir die ganze Oberarmepiphyse von Periost befreit und alle Muskeln von ihr losgetrennt haben. Die Annahme, dass oft der unglückliche Erfolg wenigstens theilweise von diesen der Operation vorangehenden Verletzungen abhänge, ist sicher begründet: so ist auch die Gelenksteifheit, welche oft den Resektionen des Ellbogens folgt, nicht eine Folge der Arthrektomie, wohl aber der bis zur Befestigung des Knochens verlängerten Immobilisirung. Eine Verspätung von mehr als einem Monat in der aktiven und passiven Gelenkbewegung ist, nach Ollier, von großer Bedeutung für den funktionellen Erfolg der Operation.

Diese Erwägungen bewogen mich, nach jenem einfachen Verfahren zu suchen, dessen Beschreibung ich hier folgen lasse.

Operation. — Hat man die Orientirungspunkte des Gelenks, hauptsächlich das Olekranon, den Kopf des Radius, und die Sehne des Biceps — welche man in halber Beugung des Vorderarms fühlt —, erkannt bezw. genau die Linea interarticularis festgestellt, so führt man ungefähr 2 cm unter der Spitze des Epikondylus folgenden Hautschnitt.

---

[1] Contrib. prat. ecc. Dott. Guido Cavazzani. Rivista Veneta di Sc. med. 15 Agosto 1899. Venezia.

I. Fig. 1. Der Schnitt durch Haut und subkutanes Bindegewebe beginnt außen vom Tendo bicipitis, 2 cm unter dem Epikondylus, und läuft quer nach außen, parallel der interartikulären Linie; dann läuft er schief von hinten nach oben, um am inneren Rand der Ulna neben der Spitze des Olekranon zu endigen. Da die Ausführung der Operation sehr leicht ist, ist die Stellung des Chirurgen wie die Disposition der Assistenten gleichgültig: für den linken Ellbogen erfasst man mit der linken Hand den Vorderarm und bezeichnet mit dem Zeigefinger den Anfangs-, mit dem Daumen den Endpunkt des Schnitts. Man hält den Arm gestreckt während der 1. Hälfte des Einschnitts, in halber Biegung während der 2. Hälfte, um die Haut auszuspannen und so deren Verschiebung zu verhindern.

Fig. 1.

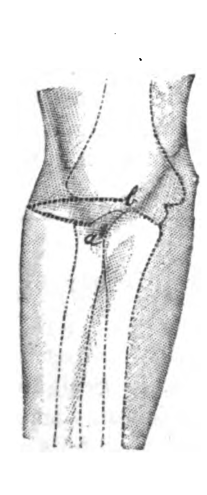
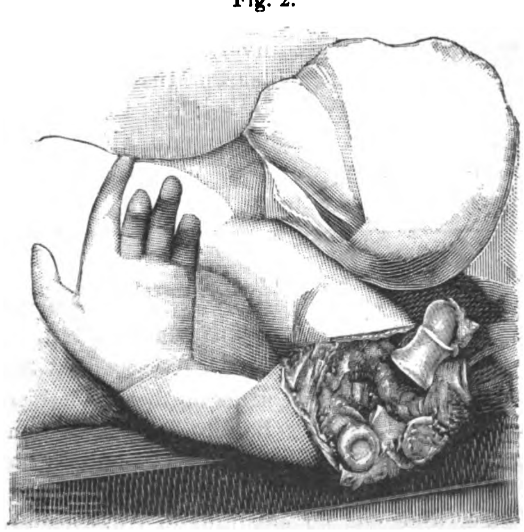


Fig. 2.



Ist der Einschnitt ausgeführt, so verlängert man den oberen Lappen ein wenig nach oben, um so die Furche freizulegen, welche den Ankoneus von den epikondylischen Muskeln trennt.

II. Bloßlegung des Epikondylus. Über dieser Furche trennt man mit dem Messer die Aponeurosis der Länge nach von dem Collum radii bis über den Epikondylus und schiebt die epikondylischen Muskeln nach innen, indem man ihren Ursprung vom Humerus subperiostal ablöst. So legt man die Gelenkkapsel bis zum Proc. coronoideus ulnae frei. Andererseits trennt man die Insertion des M. anconeus, oder man schneidet ihn quer durch, um so den Epikondylus von seinen Muskelverbindungen mit dem Vorderarm ganz zu befreien. Damit ist die Gelenkkapsel auch rückwärts bis zum Olekranon freigelegt.

III. Nun trennt man theilweise und in Zusammenhang mit dem Periost der Ulna den Tendo tricipitis, doch nur im äußeren Theil, los,

so dass die radiale Hälfte des Olekranon und seine Spitze freiliegen. Diese Abtrennung betrifft nur die Hälfte der Sehne.

IV. Eröffnung des Gelenks und Verrenkung. Man durchtrennt in der Gelenklinie jeder Ligg. lata externa und Kapsel, durchschneidet quer alle weiteren Kapsel- und Bandverbindungen nach vorn bis zum Proc. coronoid., hinten bis zur Spitze des Olekranons, und verrenkt nun den Vorderarm vom Oberarm (Fig. 2) durch eine übertriebene Adduktionsbewegung, bis zuletzt die innere Seite der Hand die Achselhöhle berührt.

Ist die Operation zu Ende geführt, so lässt man den Vorderarm wieder die entgegengesetzte Bewegung machen, näht das Lig. lat. extern., den Ankoneus und die Haut, und stellt so die Artikulation wieder in ihren früheren Stand, ohne jeden großen Schaden.

Die Verrenkung schädigt weder Gefäße noch Nerven, auch der N. radialis bleibt ganz unverletzt. Die Tricepssehne ist nur zur Hälfte losgetrennt, die epitrochlearen Muskeln werden geschont, der N. ulnaris wird nicht einmal verschoben: das Lig. lat. int. und die innere Hälfte der Gelenkkapseln bleiben, wenn nicht durchaus nöthig, ungetrennt. Nach 8—10 Tagen, wenn die Weichtheilwunden vernarbt sind, können die passiven Bewegungen beginnen.

---

1) **Döderlein** (Tübingen). Die Bakterien aseptischer Operationswunden.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 26.)

Bakteriologische Untersuchungen, bei welchen D. in geeigneten Fällen nach eröffneter Bauchhöhle zu verschiedenen Zeiten, namentlich am Schluss der Operation, größere Flächen des Bauchfells und der Bauchwunde mit stumpfen, frisch geglühten Platinlöffeln bestrichen und das so gewonnene Aussaatmaterial in geeignete Nährböden gebracht hatte, ergaben jedes Mal nicht unbeträchtliche Keimmengen in diesen Operationsgebieten; die Zahl der ersteren hing in erster Linie von der Dauer der Operation ab. Trotzdem waren die klinischen Resultate die denkbar günstigsten. Wenn nun auch D. nicht bezweifelt, dass sich Keime aus der Luft auf das Operationsgebiet niedersenken können, so sieht er doch die Hand des Operirenden als die Hauptinfektionsquelle an und ist der Meinung, dass durch das während der Operation erfolgende Abscheuern der obersten Zelllagen der Haut, wie ihn weitere Beobachtungen lehrten, aus den tieferen Epidermisschichten Bakterien frei werden und in die Wunde gelangen. Hierauf führt D. auch die in den Trikotoperationshandschuhen in so großer Zahl nachweisbaren Keime zurück. Zog er unter jene condomdünne Gummihandschuhe, wodurch die Haut gegen die Trikothandschuhe abgeschlossen wurde, so war der Bakterienreichthum der letzteren ein wesentlich geringerer; die vorhandenen Keime konnten nur aus der Luft herrühren.

Auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse will D. indess nicht die stete Anwendung impermeabler, die Haut der Hände vom Opetionsgebiet absperrender Handschuhe empfehlen, sondern ihren Gebrauch nur für die Fälle anrathen, wo die Hände durch septisches Material inficirt werden würden, oder aseptische Operationen mit septischen Händen ausgeführt werden müssten. Die Hauptsache aber bleibt, den Kampfesbedingungen im Körper gegen die in die Wunde eindringenden Keime dadurch zu Hilfe zu kommen, dass wir alle jene Faktoren unterstützen, welche diese Bakterien zu vernichten vermögen, also besonders die Ansammlung von Wundsekret etc. zu verhüten. **Kramer** (Glogau).

2) **Ribbert.** Über Myokarderkrankungen nach Diphtherie.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 1.)

Unter den Erkrankungen des Myokards bei Diphtherie, welche besonders bei dem tödlichen Ausgang nach Ablauf der Lokalerkrankungen eine so wichtige Rolle spielen, wird fast ausschließlich die fettige Degeneration des Herzmuskels und eine interstitielle Myokarditis in den Vordergrund gestellt, während nach R.'s Erfahrungen die bisher nur von wenigen Autoren betonte wachsartige Degeneration von großer Bedeutung ist. Es sind in frühen Stadien der Veränderung große hyaline Klumpen in den Muskelfasern. Diese Massen sind dem Untergang verfallen, sie werden resorbirt. Durch ihr Verschwinden entsteht eine Lücke, die durch Wucherung des Bindegewebes mit Einschluss der Gefäße ausgefüllt wird; dieses Bindegewebe wird zu Schwielen; es ist demnach nicht aufzufassen als das Produkt einer selbständigen, interstitiellen Myokarditis, die bisher als das Wesentliche der Myokarderkrankung nach Diphtherie angenommen wurde. Das Wesentliche ist vielmehr die fettige und wachsartige Degeneration des Herzmuskels, an die sich eine Vermehrung des Bindegewebes, fortschreitend mit der Resorption der zerfallenen hyalinen Massen, anschließt. **Haeckel** (Stettin).

3) **T. Wikerhauser.** Operationen mit Schleich'scher Analgesie.

(Liečnički viestnik 1899. No. 8. [Kroatisch.])

Verf. gebraucht seit Anfang 1897 in immer ausgedehnterem Maße die Schleich'sche Lokalanästhesie. Aus dem Verzeichnis der mit dieser Anästhesie ausgeführten großen Operationen (113) seien hervorgehoben: 13 Tracheotomien (bei chronischen Stenosen), 8 Strumaoperationen (darunter 4 sehr große, sogar gigantische), 5 Epicystotomien, 21 Herniotomien, 27 Laparotomien (am Verdauungsapparat, darunter 7 Gastroenterostomien), 18 Knochenoperationen etc. Außerdem wurde noch bei einer Anzahl von Operationen der größte Theil mit Infiltration vollführt und erst im Hauptmoment (Schluss der Bauchwunde, Durchsägen des Knochens) eine leichte Narkose eingeleitet.

Den Hauptwerth der Methode sieht W. darin, dass große Operationen ausgeführt werden können an ganz entkräfteten Kranken, wo die Narkose gefährlich und für den weiteren Verlauf wichtig ist. Er erinnert an die Pneumonien nach Äther und Nephritiden nach Chloroform und an das besonders bei abdominalen Operationen und Strumen häufige und gefährliche Erbrechen. Bei Tracheotomien habe man es nur mit dem Effekt der Stenose, nicht aber auch mit der Suffokation in Folge der Narkose zu thun. Kropfkranke haben überhaupt eine schlechte Narkose, Aspirationen sind bei ihnen sehr häufig. Mit Infiltration verhalten sich die Pat. ganz ruhig, und man kann sich jeden Augenblick von der Integrität des Rekurrens überzeugen, indem man den Pat. phoniren lässt.

Wegen incarcerirter Hernien und Ileus operirte kollabirte Kranke gehen oft an den Aspirationen in der Narkose zu Grunde, besonders wenn durch die nöthige Herzmassage und künstliche Athmung Mageninhalt in die Luftwege kommt. Ein Nachtheil der Methode ist, dass vielen Pat. die Manipulation mit der Hand im Bauch große Schmerzen verursacht, so dass sie pressen und spannen; aus diesem Grunde ist es auch manchmal schwer, bei der Gastroenterostomie die richtige Darmschlinge zu finden. Das schichtenweise Nähen der Bauchdecken war manchmal wegen starken Spannens unmöglich, da alle Peritonealnähte durchschnitten.

Die Injektionen in entzündete Gewebe sind sehr schmerzhaft, man muss daher mit denselben weit im Gesunden beginnen und langsam gegen die entzündete Zone fortschreiten.

Bei großen und schmerzhaften Operationen empfiehlt es sich, $^1/_4$ Stunde vor Beginn derselben Morphium (0,01—0,015) subkutan zu geben.

Zum Schluss fasst Verf. sein Urtheil in Folgendem zusammen: die Schleich'sche Methode ist bisher die beste, mit welcher es möglich ist, auch die größten Operationen ohne allgemeine Narkose auszuführen, sie ist nicht gefährlich, es giebt keine Intoxikationen, sie übt auf die Wunde keinen nachtheiligen Einfluss aus. Besonders Ärzten, die nicht an einem größeren Institut arbeiten, ist die Narkose ein Hemmnis, welches die Schleich'sche leicht beseitigt.

v. Čačković (Agram).

---

4) **Galeazzi** und **Grillo**. L'influenza degli anestetici sulla permeabilità renale.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1899. No. 6.)

Intramuskulär injicirtes Methylenblau wird von einer gesunden Niere früher, vollständiger und innerhalb einer kürzeren Zeit ausgeschieden als von einer kranken (Achard und Castaigne). Die Methode kann also zur Prüfung der Leistungsfähigkeit kranker Nieren verwandt werden. Durch die Narkose wurde (Experimente an Hunden) die Ausscheidung verzögert. Chloroform wirkte entschieden, Äther kaum.

Die Ursache liegt in einer durch die Anästhesie verursachten Schädigung der Funktion des Nierenparenchyms, in Folge deren Methylenblau zurückgehalten wird.

Ganz dasselbe geschieht auch mit bakteriellen Toxinen. Daher starben Kaninchen und Meerschweinchen, welche vorher chloroformirt worden waren, nach der Injektion einer für Kontrollthiere nicht tödlichen Dose von Diphtherietoxin.

Während nun einerseits bei keiner Operation die Aufnahme und Resorption von Bakterien durch die Wunde absolut zu vermeiden ist, beeinflusst andererseits die Narkose die rasche Elimination der pathogenen Stoffe ungünstig. Natürlich ist die Niere nur eins der Organe, welche hier in Betracht kommen.

Praktisch folgt daraus der Rath, die Narkosen zu beschränken, die lokale Anästhesie, welche derartigen Einfluss auf die Nieren nicht hat, möglichst zu verallgemeinern. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

5) **F. Dommer.** Zur Diagnostik und Therapie der männlichen Gonorrhoe.

München, 1898. (Sep.-Abdruck aus »Deutsche Praxis« 1898. No. 1 u. 2.)

Verf. giebt eine kurze, für den Praktiker geschriebene Darstellung der speciell von Oberländer und Kollmann vertretenen Ansichten. Er beschäftigt sich nur sehr kurz mit der akuten Gonorrhoe, welche mit kleinen Mengen von Injektionsflüssigkeit (Zink-, Bleisalze, hypermangansaures Kali) behandelt werden soll.

Bei der chronischen Gonorrhoe soll die Lokalisation mit der Drei- oder Fünfgläserprobe (Kollmann — die letztere ist eine einfache Ausspülungsprobe und in allen dubiösen Fällen anzuwenden), dann aber mit dem Urethroskop festgestellt werden.

Die Behandlung geschieht mit Sonden und Dilatatorien, so wie mit Ausspülungen (mit Argentum nitricum in schwacher Lösung und Borsäure); die lokale Behandlung einzelner Drüsen mit Injektion, Incision oder Elektrolyse bleibt vorerst wohl Sache des Specialisten.

Jadassohn (Bern).

---

6) **A. Buschke.** Über Bubobehandlung.

(Therapie der Gegenwart 1899. Hft. 6.)

Aus der Berliner Universitätsklinik für Hautkrankheiten berichtet B. über recht günstige Erfolge mit der bekannten Abortivbehandlung der bereits eingeschmolzenen Bubonen nach Lang (Eröffnung und Entleerung der Eiterhöhle von einem 2—3 mm langen Einschnitt aus, Injektion von 1—2 %iger Arg. nitr.-Lösung). Das »Reifen« des Bubos wird durch Applikation heißer Umschläge beschleunigt.

Auch andere Autoren, so Hahn aus dem allgemeinen Krankenhaus St. Georg (Hamburg), haben sich günstig über die Abortivbehandlung ausgesprochen, so weit es sich um Schanker- oder gonor-

rhoische Bubonen handelt. Ob der Vorschlag B.'s, sie auch auf die Lymphadenitis septica auszudehnen, viel Gegenliebe finden wird, bleibt abzuwarten. (Ref.) **Gross** (Straßburg i/E.).

---

7) **J. K. Proksch.** Über Syphilis des Harnleiters.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLVIII. Hft. 2.)

Nach einer möglichst genauen Durchsicht der Litteratur stellt der durch seine historischen Leistungen bekannte Verf. das auffallend spärliche Material zusammen, das über die Syphilis des Harnleiters vorhanden ist. Vielleicht giebt die kurze Mittheilung den Anlass dazu, dass die pathologischen Anatomen etwas mehr auf diese Erkrankung achten, die doch aber in Wirklichkeit eine recht seltene sein muss. **Jadassohn** (Bern).

---

8) **Werther.** Hydrargyrum colloidale als Antisyphiliticum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXVII. No. 12.)

Die Resultate, welche W. mit dem kolloidalen Quecksilber erzielt hat, sind nicht sehr vertrauenerweckend. Am meisten empfiehlt er es noch für interne Behandlung, da viel größere Dosen ertragen werden, als von Sublimat und Protojoduret (0,03—0,05 3mal täglich).

Jadassohn (Bern).

---

9) **E. P. Taube.** Ist Dr. P. N. Prochorow's dynamische Theorie für die Therapie verwendbar?

(Wratsch 1899. No. 18—19. [Russisch.])

10) **N. E. Akazatow.** Die Behandlung der Syphilis nach Dr. Prochorow's Methode.

(Ibid. No. 18.)

In seiner Arbeit »Die biologischen Grundlagen der Medicin« I 1896, II 1898 (russisch) weist Prochorow auf die Nothwendigkeit genauer Dosirung der Medikamente nach dem Körpergewicht des Kranken hin. T. u. A. prüften die Methode an Syphiliskranken. In die Glutaealmuskulatur wurden jeden 10.—12. Tag 0,003 Hg bijodatum und 0,006 Kal. jod. auf jedes Kilo Körpergewicht injicirt. Meist genügten 3—4 Injektionen zum Schwinden der Symptome. Keine Vergiftungserscheinungen, sehr oft sofort Gewichtszunahme. Bei Ulcus durum beginnt T. die Behandlung sofort. — Nach T können auch andere Mittel so dosirt werden, z. B. Kalomel bei Wassersucht (0,01 auf jedes Kilo, 2mal pro die per os).

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

11) **Klingmüller.** Jodipin in subkutaner Anwendung bei tertiärer Lues.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 25.)

K. berichtet über die in der Klinik Neisser seit December 1898 angestellten Versuche mit Jodipin, einer organischen Verbindung des

Jods mit Sesamöl, und empfiehlt das Jodipin in subkutaner Anwendung bei tertiärer Lues auf Grund der damit erzielten sehr befriedigenden Erfolge auf das wärmste.

K. fasst die Vorzüge des Jodipin in folgenden Sätzen zusammen:

1) Das Jodipin hat eine specifische Jodwirkung auf tertiäre Lues.

2) Der Organismus bleibt länger unter Jodwirkung als bei den bisher gebrauchten Jodpräparaten.

3) Dem Organismus geht von der eingenommenen Menge Jod nichts verloren.

4) Der Organismus verarbeitet die eingeführte Jodmenge langsam und gleichmäßig.

5) Der Jodismus mit seinen üblen Nebenwirkungen fällt weg.

6) Es ist eine absolut genaue Dosirung möglich.

7) Die subkutane Darreichung von Jodipin gestattet eine gute Jodbehandlung bei Pat., die aus irgend einem Grund Jod nicht nehmen wollen oder können. **Gold** (Bielitz).

---

12) **M. Hajek.** Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.

Wien, **Franz Deuticke,** 1899. XII u. 328 S.

Noch vor 10 Jahren hätte man eine monographische Darstellung der entzündlichen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen im Umfang der vorliegenden für eben so überflüssig wie unmöglich gehalten, und jetzt nehmen diese Erkrankungen nicht bloß in den Lehrbüchern der Rhinologie einen breiten Raum ein, sondern haben bereits eine größere Anzahl von werthvollen Einzelbearbeitungen nach verschiedenen Richtungen hin gefunden. Das wäre nicht geschehen, wenn nicht ihr gehäuftes Auftreten im letzten Jahrzehnt, besonders im Gefolge der großen Influenzaepidemien, dem Praktiker die Nothwendigkeit vor Augen gerückt hätte, sich mit diesem bis dahin etwas vernachlässigten Theil der Pathologie eingehender zu beschäftigen. Dass zu einer erfolgreichen Erkennung und Behandlung der in Frage kommenden Erkrankungen vor Allem eine Klärung und Erweiterung der anatomischen Kenntnisse von dieser etwas komplicirten Gegend nothwendig sei, Dieses richtig zu würdigen, ist ein Hauptvorzug des vorliegenden Werks: Die Darstellung der topographisch-anatomischen Verhältnisse der Nasennebenhöhlen und ihrer praktisch wichtigen Abweichungen von der Norm hat sich der Verf. als Hauptaufgabe gestellt, und mit Hilfe von zahlreichen instruktiven Abbildungen, größtentheils nach eigenen Präparaten, ist er dieser Aufgabe in der vollkommensten Weise gerecht geworden.

Durch beständige Hinweise auf Nutzanwendungen in der Praxis weiß er auch die Trockenheit der anatomischen Detailschilderung zu mildern, ohne ihre Gründlichkeit zu beeinträchtigen. Gegenüber diesen anatomischen Abschnitten treten die anderen, der Diagnose und Behandlung gewidmeten Kapitel trotz der reichen klinischen Erfahrung des Verf. etwas in den Hintergrund. Diese anscheinend

beabsichtigte Zurückhaltung ist um so weniger nöthig, als wir dem Verf. auf dem Gebiet der Nebenhöhlenerkrankungen schon so wesentliche Bereicherungen unserer Erkenntnis verdanken, dass wir auch seine subjektiven und in hypothetische Form gekleideten Ansichten mit Interesse entgegen nehmen. Wer sich in Zukunft mit diesen wichtigen Erkrankungen praktisch beschäftigt, wird das vorliegende Werk nicht entbehren mögen.

Teichmann (Berlin).

13) **P. Jacques.** Ozène et sinusites.

(Revue de laryngol. 1899. No. 33.)

In der Streitfrage des Verhältnisses der Ozaena zu den Nebenhöhlenerkrankungen der Nase stellt sich Verf. auf die Seite Grünwald's und derjenigen Rhinologen, welche die Ozaena nur für einen Symptomenkomplex bei eitrigen Herderkrankungen in der Nase, nicht für eine Krankheit sui generis halten. Verf. theilt eine Krankengeschichte mit, laut welcher ihm durch Behandlung einer Kieferhöhlen- und Stirnhöhlenerkrankung die Beseitigung der bestehenden Ozaenaerscheinungen gelang.

Teichmann (Berlin).

14) **H. Lavrand.** Traitement de la dysphagie dans les laryngites tuberculeuses par un produit de culture microbien.

(Revue de laryngol. 1899. No. 30.)

Es handelt sich um ein neues Extrakt aus Tuberkelbacillenkulturen, dargestellt von einem Dr. Bourgois, welches vom Verf. in 5 Fällen von Kehlkopftuberkulose angewendet wurde. Die Darreichung erfolgte durch den Mund. In allen Fällen ließen die Schluckschmerzen erheblich und auf längere Zeit nach, und die Kehlkopfgeschwüre nahmen ein besseres Aussehen an. Verf. stellt weitere Mittheilungen in Aussicht und kündigt auch die Veröffentlichung des Entdeckers des neuen Mittels über die Wirkung auf Lungentuberkulose an.

Teichmann (Berlin).

15) **Posner.** Ein Fall von »Plaque indurée« am Penis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 24.)

Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch das typische allmähliche Auftreten einer schwielenartigen Verdickung an einer bestimmten Stelle, der Radix penis. Das ursprünglich kleine, etwa erbsengroße Knötchen wächst allmählich sowohl in die Tiefe als in die Breite und liegt anscheinend als Platte zwischen Haut nnd Corpora cavernosa. Langsam nimmt die Verdickung an Größe zu, bleibt meist nach einiger Zeit stationär, kann aber auch den Penis ringförmig wie mit einem Mantel umgeben. Schmerzen und Beschwerden werden in Folge dieser Bildung vom Träger nicht empfunden, wohl aber die Erektion und Kopulationsfähigkeit beeinträchtigt oder ganz aufgehoben. Alle medikamentösen, resorbirenden Mittel erweisen sich hier als erfolglos, es konnte lediglich eine chirurgische Behandlung

in Betracht kommen. Von differentialdiagnostischer Bedeutung ist die Erfolglosigkeit einer antiluetischen Kur hervorzuheben.

P. veröffentlicht einen Fall dieser Art. Es handelte sich um einen 41jährigen Mann, bei welchem alle differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Krankheiten mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnten. Um festzustellen, woraus diese »Plaques indurées« bestehen, die sich dem palpirenden Finger wie Knorpel oder junger Knochen darstellen, hat P. die Röntgendurchleuchtung in Anwendung gezogen und gefunden, dass wenigstens ein Theil der Platte den X-Strahlen den Durchtritt verwehrt, und zwar mit derselben Intensität, wie dies Knorpel zu thun pflegt.

Auf Grund dieses Befunds ist P. der Ansicht, dass es sich hier um ein wenigstens theilweise knorpliges Gebilde handle, welches in das Gebiet der Fälle von echten »Penisknochen« zu zählen wäre.

Gold (Bielitz).

---

16) **X. Delore.** Uréthrostomie périnéale pour rétrécissement avec fistules incurables de l'urèthre.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Mai.)

D. hält die Indikation für die erwähnte Operation für gegeben: 1) bei multiplen, ausgedehnten, sklerösen Stenosen der Urethra; 2) wenn die lokalen Verhältnisse derartig sind, dass eine Urethrotomie ein baldiges Recidiv erwarten lässt; 3) bei bejahrten Männern, bei denen mehrfache Urethrotomien zu keinem dauernden Erfolg geführt haben; 4) wenn die konservativen Verfahren gefährlich werden in Rücksicht auf den Zustand der oberen Harnwege.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

17) **E. Arcoleo.** Sulla terapia chiurgica delle rotture traumatiche della vescica.

(Morgagni Part. I. 1899. No. 5.)

Eine Blasenruptur soll stets chirurgisch behandelt, und zwar soll der operative Eingriff möglichst frühzeitig, nicht später als 10 Stunden nach der Verletzung unternommen werden. Bei intraperitonealen Rupturen oder Beckenbrüchen ist es namentlich wichtig früh einzuschreiten. Bei intraperitonealen Rupturen wird die Laparotomie in der Medianlinie ausgeführt und die Blase genäht. Bei extraperitonealer Ruptur hat man die Wahl zwischen dem gewöhnlichen Medianschnitt, dem Trendelenburg'schen, Helferich'schen Verfahren und der Symphyseotomie. Bei unbekanntem Sitz der Ruptur beginnt man immer mit dem vertikalen Medianschnitt. Das Bauchfell muss immer so weit als möglich geschont und darf nur bei begründetem Zweifel an dem unverletzten Zustand der Bauchorgane eröffnet werden. Bei extraperitonealer Ruptur ist die Naht der Drainage vorzuziehen. Auch letztere wird, wenn nöthig, am besten oberhalb der Symphyse ausgeführt und nur bei Urininfiltration oder Verletzungen in der Nähe des

Blasenhalses von Damm aus. Wenn man nicht nähen kann, werden Doppeltuben nach Perier-Guyon oder Dauerkatheter gebraucht. Letzterer wird alle 3 Tage gewechselt. Bei oberflächlichen Blasenentzündungen kann noch die Naht angewandt werden, ist auch die Muskelschicht betheiligt, so rückt die Drainage an ihre Stelle.

Bei 52 Blasenverletzungen starben je 8 und 20 an extra- bezw. intraperitonealer Verletzung, während je 10 und 14 geheilt wurden.

Dreyer (Köln).

---

18) **Castaigne.** Ulcère simple de la vessie. Hématuries très abondantes et perforation vésicale.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1899. März.)

Auf Grund einer Beobachtung und eingehender litterarischer Studien stellt C. das Krankheitsbild des einfachen Blasengeschwürs fest, das entweder unter Schmerzen und Blutungen in völlige Heilung übergehen oder zur chronischen Cystitis führen kann. In anderen Fällen kommt es bei schwerem Verlauf zur Perforation. Man findet im Ganzen klinisch wie anatomisch dieselben Symptome wie beim runden Magengeschwür.

Borchard (Posen).

---

19) **Sonnenburg.** Die Endresultate operativer Verfahren bei Ektopia vesicae.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 14.)

S. empfiehlt für die Operation der Blasenektopie seine bereits 1882 angegebene Methode, die Blase zu entfernen, die beiden Harnleiter loszulösen und in die Penisrinne einzunähen. Bei 7 so operirten Pat. ist bisher kein Todesfall eingetreten. S. hält sein Verfahren für ungefährlicher und im Erfolg besser als das von Schlange-Mikulicz und von Trendelenburg und giebt ihm auch den Vorzug vor der Lappenplastik, wie sie Czerny und Segond anwenden. Er fasst seine Meinung in folgende Thesen zusammen:

1) Die Blasenraumbildung hat wenig Zweck, wenn nicht zu gleicher Zeit Kontinenz erzielt wird. Diese ist bisher nicht erreicht worden.

2) Die Blasenraumbildung ist meist ungenügend. Durch das Vordrängen der hinteren Blasenwand beim Stehen ist nur im Liegen eine gewisse Kapacität vorhanden. Jeder neu gebildete Blasenraum neigt zur Bildung von Inkrustationen, die sehr viel Schmerzen und Gefahren bringen.

3) Demnach erreichen sowohl die direkte Vereinigung der Blasenränder als auch die plastischen Methoden Behufs Bildung eines Blasenraums eigentlich nichts Anderes, als dass ein Harnrecipient getragen werden kann.

4) Das erreichen leichter und bequemer diejenigen Operationsmethoden, die eine Ableitung des Urins bezwecken. Unter diesen ist die Exstirpation der Blase und Einnähung der Ureteren in die

Penisrinne die gefahrloseste. Die Ableitung des Urins in den Darm bringt die Gefahr der Pyelonephritis mit sich.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

20) **Tuffier.** Du diagnostic entre le calcul de l'uretère et l'appendicite.

(Indépendance méd. 1899. p. 113.)

T. macht darauf aufmerksam, wie schwierig unter Umständen die Differentialdiagnose zwischen einer Epityphlitis und einem eingeklemmten Harnröhrenstein sein kann, in akuten sowohl wie in chronischen Fällen. Der Harnleiter passirt vor dem Eintritt ins kleine Becken den Mac Burney's point, es kann daher hier bei Anwesenheit eines Harnleitersteins genau derselbe lokale Druckschmerz vorhanden sein, wie bei Epityphlitis. Dazu kann in beiden Fällen in gleicher Weise Meteorismus, Erbrechen etc. auftreten. T. illustrirt an einer Reihe sehr interessanter Krankengeschichten die große Ähnlichkeit der beiden Krankheitsbilder und kommt schließlich zu dem Resultat, dass das wichtigste, absolut für Harnröhrenstein sprechende Moment Blutgehalt des Urins ist. Dieser Blutgehalt ist in chronischen Fällen ev. nur mikroskopisch nachweisbar. Außerdem kann eine Röntgenaufnahme und die Sondirung der Harnleiter Aufschluss geben.

E. Martin (Köln).

---

21) **B. Floderus.** Om betydelsen af medfödda uretermissbildningar ur kirurgisk synpunkt.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. X. No. 9.)

Veranlasst durch die Operation eines Falles von angeborener Missbildung des Harnleiters in der Klinik Lennander's liefert Verf. mit Berücksichtigung der ganzen Weltlitteratur eine sehr vollständige Übersicht unseres heutigen Wissens von dem fraglichen Bildungsfehler, seiner pathologischen Anatomie, klinischen Bedeutung und eventuellen Operabilität. Im ersten Abschnitt der Arbeit beschreibt er die verschiedenen Kanalisationshindernisse der Harnleiter: Aplasie, Atresie, Stenose, Klappenbildung, Knickung (Dystopie der Niere) unter besonderer Hervorhebung der in die Blase hineinragenden cystösen Ausbuchtungen; weiter die abnormen peripheren Ausmündungsstellen der Harnleiter mit Hinweisung auf die verschiedenen embryologisch gegebenen Möglichkeiten, und endlich die Verdopplung und abnorme Verästelung der Harnleiter (Hufeisenniere). Die zweite Abtheilung behandelt die Symptomatologie, deren 3 Hauptmomente Hydronephrose, Harninkontinenz und infektiöse Ureteropyelonephritis ausführlich besprochen werden. Zum Schluss widmet Verf. ein letztes Kapitel der Behandlung, welche je nach den Symptomen eine verschiedene gewesen ist und sein muss. Eine kasuistische Beilage enthält sämmtliche in der dem Verf. zugänglichen Litteratur veröffentlichten Fälle von angeborenen Harnleiterdeformi-

täten, welche Hydrops oder Infektion der zugehörigen Niere hervorgerufen haben, eben so die Fälle, welche wegen Inkontinenz, verursacht durch abnorme Ausmündung der Harnleiter, operirt worden sind. Ein Litteraturverzeichnis mit mehr als 200 Autoren schließt die sehr fleißige Arbeit. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

22) **J. Israel.** Über extraperitoneale Uretero-Cysto-Neostomie nebst anderen Beiträgen zur Ureterchirurgie.

(Therapie der Gegenwart 1899. Juliheft.)

I. betont den großen Fortschritt in der Entwicklung der Hydro-Pyonephrosenbehandlung durch die »ätiologische« Therapie, die an Stelle der typischen Operationen, der Entfernung der erkrankten Niere oder ihrer abnormen, gestauten Inhaltsmassen die Ursachen der Retention und Infektion zu beseitigen und das kranke Organ ev. noch der Genesung zuzuführen sucht. — Einem Bericht über einen interessanten Fall von Harnleiterresektion, vom Verf. selbst als ein eklatantes Beispiel für die Leistungsfähigkeit einer konservativen Therapie bezeichnet, folgt dann weiter ein kurzer Überblick über 21 von ihm am Harnleiter ausgeführte Operationen; von diesen 21 Fällen sind 19 völlig unter Erhaltung und Restitution der Niere geheilt, nur 2 Pat. sind gestorben. Die Operationen betreffen 5mal Entfernung eingekeilter Steine aus dem Harnleiter an verschiedenen Stellen durch Incision, in 3 Fällen Exstirpation des ganzen steinerfüllten Harnleiters mit Nephrektomie bei schwerer Pyonephrose, 1mal totale Entfernung, mehrmals partielle Resektionen wegen Tuberkulose gelegentlich der Exstirpation eines Blasencarcinoms, das von dem Harnleiter durchsetzt war, und zu Pyonephrosenbildung geführt hatte etc. In einem Falle wurde durch eine plastische Operation eine ventilartig wirkende Klappe der Schleimhaut an der Ursprungsstelle des Harnleiters beseitigt, die übrigen Operationen bewirkten Beseitigung von Knickungen, Verziehungen und Verwachsungen.

Der obige Fall sei kurz wiedergegeben:

Bei einem 20jährigen Mädchen, das anderweitig wegen Blasenkatarrhs vergeblich behandelt worden war, stellte I. durch die cystoskopische Untersuchung eine linksseitige Pyonephrose fest. Bei der Operation — Spaltung der Niere und Entleerung trüb-eitriger Flüssigkeit — fand sich der Harnleiter in seinen obersten Partien erheblich gewunden und in seinem ganzen Verlauf auf 12 mm erweitert, als Abflusshindernis bei der Sondirung vom Nierenbecken aus eine gänzlich undurchgängige Striktur 3 cm oberhalb der Blasenmündung. Versuche im weiteren Verlauf der Behandlung, von der offen gelassenen Nierenwunde und der Blase aus, den Weg durch die Striktur zu erzwingen, misslangen. 8 Monate nach der 1. Operation, nachdem der aus der Wunde secernirende Urin klar und sauer geworden war, wurde der durch eine Bougie markirte untere Harnleiterabschnitt freigelegt. Wie angenommen, fand sich 3 cm oberhalb seiner Einmündungsstelle der bis dahin bleistiftdicke Harnleiter bis zu seinem Eintritt in die Blase erheblich verdünnt (3 mm). Resektion des strikturirenden Theils; der kleine stehengebliebene distale Stumpf wird unterbunden. Implantation des Harnleiters in eine neu angelegte Öffnung der hinteren Blase. Exakte Naht schichtweise. Schluss der Nierenfistel in 3. Sitzung. Völlige Heilung. Wie I. beweisen konnte, musste

sich sogar an der neuen Harnleitermündung ein dem normalen Verhalten ähnlicher Ventilmechanismus gebildet haben.

Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Stücks ergab an Stelle der Lichtung Granulationsgewebe. **Gross** (Straßburg i/E.).

---

23) **F. Parona** (Novara). Eine neue Operationsmethode zur Behandlung der Varicocele.

(Policlinico 1899. Januar 15.)

Das Verfahren des Verf. besteht im Wesentlichen darin, dass die Tunica vaginalis an einer kleinen Stelle eröffnet, nach oben umgekrempelt und am äußeren Leistenring fixirt wird; es soll dadurch eine Art natürlichen Suspensoriums gebildet werden, welches den Samenstrang sammt Gefäßen verkürzt und gleichzeitig einen unmittelbaren Druck auf dieselben ausübt. Der Hautschnitt beginnt etwas oberhalb des äußeren Leistenrings und steigt in schräger Richtung, 5—6 cm weit, über den Hodensack herab. Der Hoden wird mitsammt den Hüllen bis an den Leistenkanal hin von der Umgebung isolirt; alsdann wird die Vaginalis vorn incidirt, der Hoden schlüpft aus der gebildeten Öffnung heraus, und die Scheidenhaut wird derartig umgestülpt, dass die Incisionsöffnung nach oben gegen den Leistenring sieht. Die Vaginalis bildet nunmehr einen Sack, welcher den Samenstrang und die varikösen Gefäße umschließt; der obere Rand dieses Sackes wird nun mit 5 oder 6 Knopfnähten an die Ränder des äußeren Leistenrings festgenäht. Hautnaht, Verband. In Fällen, wo die Venenbündel sehr voluminös und in die Länge gezogen sind, kann vor der Eröffnung der Vaginalis eine theilweise Ligatur und Excision der varikösen Venen vorgenommen werden. Das beschriebene Verfahren wurde vom Verf. in 9 Fällen von Varicocele (zum Theil mit Hernie kombinirt) zur Anwendung gebracht. Der Erfolg war sowohl objektiv als subjektiv stets befriedigend, die Heilung erforderte im Durchschnitt 8—10 Tage.

H. Bartsch (Heidelberg).

---

24) **B. Smith.** On the functional efficacy of the retained testicle.

(Guy's hospital reports Vol. LIII. p. 215.)

Verf. kam bei der genauen Untersuchung von 15 Hoden in Fällen von Kryptorchismus — die recht interessanten Details der Untersuchungen sind im Original einzusehen — zu folgenden Resultaten:

Der retinirte Hoden ist vor der Pubertät nicht nur abnorm klein, sondern zeigt auch in Größe und Zahl der Tubuli deutliche Zeichen von Entwicklungshemmung.

In der Pubertät erreicht der Hoden trotz seines Wachsthums meist nicht die normale Entwicklung und funktionirt nicht. Nur in Ausnahmefällen erreicht die Entwicklung fast die normale Höhe.

Es kommt zur lebhaften Zellvermehrung. In einem Falle wurde Spermatogenesis beobachtet.

Auch in diesen günstigeren Fällen geht der Hoden sehr bald eine verfrühte senile Degeneration ein.

Es ist daher nicht ausgeschlossen, dass ein mit Kryptorchismus Behafteter auf dem Höhepunkt der Pubertät kurze Zeit zeugungsfähig ist. **E. Martin** (Köln).

---

25) **G. M. Kober.** Sarcoma of the testicle.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Mai.)

Aus einer Analyse von 114 Fällen von Hodensarkom geht hervor, dass Verletzungen, Kontusionen, speciell Druck gegen den Sattelknopf oder beim Coïtus, eine große Rolle in der Ätiologie spielen; in zweiter Linie erscheint als ursächliches Moment der unvollkommene Descensus. In 2 Fällen ließ sich ein syphiltischer Ursprung nachweisen; 1mal trat die Hodenerkrankung im Anschluss an Mumps in einem nicht völlig heruntergetretenen Hoden auf. Während das Hodensarkom in einzelnen Fällen schon mit 3, 8, 11 Monaten, mit 2, 3, 5, 6 und 10 Jahren, so wie ferner noch mit 71 und 74 Jahren auftritt, ist am meisten disponirt das Alter von 21—50 Jahren (76 Fälle). **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Beitrag zur Sehnenplastik bei Lähmungen.

Von

Dr. **Arnold Keiler** in Berlin.

Die Sehnenplastik bei Lähmungen mit und ohne Deformitäten ist letzthin wiederholt auf Kongressen und in Zeitschriften erörtert worden. In den meisten Fällen handelte es sich um Lähmungszustände der unteren Extremität. So wurden besonders günstige Erfolge bei Pes equino-varus paralyticus erzielt (Vulpius[1], Hoffa[2]). Seltener ist die Operation an der oberen Extremität zur Ausführung gekommen. Hier liegen die Verhältnisse ungünstiger in so fern, als die Bewegungen des Armes und insbesondere der Hand so komplicirte sind und ein so ausgebildetes Koordinationsvermögen erfordern, dass bei einigermaßen ausgesprochenen und lange bestehenden Lähmungen eine völlige Wiederherstellung der Funktion sich nicht erwarten lässt. Dazu kommt, dass wir an der oberen Extremität, insbesondere am Vorderarm, nicht über eine so kräftige und reichliche Ersatzmuskulatur verfügen, wie sie die Wadenmuskeln für den Unterschenkel repräsentiren. Immerhin sind auch am Arm erfolgreiche Operationen, insbesondere bei Radialislähmungen (Franke[3]) erzielt worden. Die Operationsmethode ist wiederholt Gegenstand der Darstellung gewesen, seitdem Nicoladoni die ersten Angaben gemacht hatte. Ich nenne u. A. nur Drobnik[4], Vulpius[1], Hoffa[2] und Eulenburg[5]. Das

[1] Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 197. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1897.
[2] Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 30.
[3] Archiv für klin. Chirurgie Bd. LVII. (cf. auch Bd. LII).
[4] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIII.
[5] Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 14.

Wesentliche der Methode besteht darin, einen aktiven Muskel theils nach völliger, theils nach partieller Sehnendurchschneidung mit einem passiven, gelähmten zu verbinden. Neuerdings ist als besonders werthvoll die Sehnenverkürzung hervorgehoben worden (Hoffa[2], Franke[3]).

Der Fall, über den ich zu berichten habe, zeichnet sich durch die Schwere und das lange Bestehen der Lähmung aus. Er ließ daher von vorn herein nur einen theilweisen Ersatz der gelähmten Funktion erwarten.

Es handelt sich um ein 18jähriges, junges Mädchen, deren Überweisung ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. S. Holz verdanke. Die Pat. erlitt im Alter von 1¹/₄ Jahr eine Lähmung der rechten Körperseite, welche sich so weit besserte, dass Pat. im Alter von 4—5 Jahren das Laufen erlernte. Dagegen blieb der rechte Arm trotz langjähriger specialistischer Behandlung theilweise gelähmt, so dass Pat. Schreiben und ähnliche Verrichtungen mit der linken Hand erlernen musste. Das Mädchen ist körperlich ihrem Alter entsprechend entwickelt, geistig dagegen etwas zurückgeblieben. Sie zieht das rechte Bein beim Gehen nach. Der rechte Arm, der schlaff herabhängt, kann gehoben und im Ellbogengelenk gebeugt werden. Die gesammte Muskulatur ist natürlich rechts schwächer als linkerseits entwickelt. Besonders tritt dies am Vorderarm hervor, an welchem erhebliche Lähmungserscheinungen vorhanden sind. Pat. kann den Arm nicht supiniren — der Vorderarm hängt pronirt herab. Sie kann ferner die Finger nicht strecken. Das Untersuchungsresultat der Vorderarm- und Handmuskulatur ergiebt in Kürze folgendes Bild: Es funktioniren an der Beugeseite die Fingerbeugemuskeln, dagegen nicht die Flexores carpi. An der Streckseite sind gänzlich ausgefallen die Extensores digitorum, es funktioniren aber die Extensores carpi. Die Muskeln am Daumen- und Kleinfingerballen sind erhalten. Im Großen und Ganzen ist die Muskulatur atrophisch; es besteht leichte Kontraktur der Fingerbeuger. Zu bemerken ist noch, dass auch die Interossei gelähmt sind. Die Pat. klagte besonders, dass sie einen Gegenstand wohl erfassen, aber nicht loslassen könne, d. h. sie vermochte wohl die Finger zu beugen, konnte sie aber aktiv nicht gerade bekommen. Hier lag der Angriffspunkt für meinen Operationsplan. Am 8. Juli d. J. wurde in Äthernarkose durch einen 15 cm langen Längsschnitt auf der Streckseite des Vorderarms die Muskulatur freigelegt. Sämmtliche Muskeln waren ziemlich schwach entwickelt. Ich entschloss mich desshalb, zum Ersatz des M. extensor digitorum 2 Muskeln, nämlich den Exsensor carpi rad. long. und den Ext. carpi ulnaris heranzuziehen. Es wurde also die Sehne des Ext. carpi rad. long. durchschnitten, und das centrale Ende mit der Sehne des Extensor dig. vereinigt, d. h. durchflochten und vernäht, das periphere Ende wurde an den Supinator longus genäht. Außerdem wurde die Sehne des Ext. carpi ulnaris gespalten, und die halbirte losgetrennte Sehne ebenfalls an die Sehne des Ext. digit. ulnarwärts genäht, immer unter Anspannung der betheiligten Sehnen und Muskeln. Um die Streckung des Daumens zu ermöglichen, wurde folgendes Verfahren gewählt: Die Seitenränder der Mm. abductor pollicis longus und extensor pollicis brevis wurden angefrischt und vernäht. Mit diesem neugebildeten Muskel wurde die halbe Sehne des Ext. carpi radialis brevis so wie die angespannte Sehne des Ext. pollicis longus vereinigt. Sämmtliche Nähte wurden mit Katgut, die Haut-Fasciennähte mit Seide ausgeführt. — Die Heilung nahm einen glatten Verlauf. Nach 10 Tagen konnten die Hautnähte entfernt, nach 14 Tagen die Nachbehandlung begonnen werden. Nach Abnahme des Schienenverbands konnte zunächst kein Muskel, selbst nicht auf der Beugeseite bewegt werden. Durch andauerndes Massiren, Elektrisiren und mediko-mechanische Behandlnng gelang es der Pat. bald, nicht nur die Finger zu beugen, sondern auch im Grundgelenk zu strecken. Am besten vermochte sie den 5. und 4. Finger auszustrecken. Allmählich lernte sie mit der rechten Hand Gegenstände erfassen und loslassen, einfache Bewegungen ausführen und ist jetzt auch zu Schreibübungen übergegangen.

Der Fall lehrt also, dass es möglich ist, durch Sehnenüberpflanzung die Funktion eines Muskels selbst bei lange bestehender Lähmung und atrophischer Muskulatur zu ersetzen. Innerhalb weniger Wochen nach der Operation konnte Pat.

bereits die Finger aktiv strecken, konnte auch durch elektrischen Reiz die Streckung der Finger ausgelöst werden, ein Beweis, dass die Katgutnähte gut gehalten hatten.

Der Fall stellt ein Analogon zu dem von Drobnik geschilderten dar. Eine Verkürzung der Strecksehnen hielt ich nicht für rathsam, um nicht die Beugefähigkeit der Finger zu beeinträchtigen. Von besonderer Wichtigkeit ist die energisch fortgesetzte Nachbehandlung. Auch hier kommt es, wie bei den Unfallkranken, auf den guten Willen und die Intelligenz der Pat. an. Leider war Beides in meinem Falle sehr zu vermissen. Die Pat., von Jugend an gewöhnt, alle Verrichtungen mit der linken Hand auszuführen, musste immer wieder dazu ermahnt werden, nun auch die rechte Hand zu gebrauchen.

---

26) **F. Kuhn** (Kassel). Die Verwendung der Glasbausteine (Falconnier) beim Bau von Operations- und Arbeitsräumen.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 30.)

Die in verschiedenen Formen in den »Adlerhütten« zu Penzig in Schlesien hergestellten gläsernen Hohlsteine sind in dem Operationsraum des Elisabethkrankenhauses in Kassel zur Verwendung gekommen und bieten nach den von K. gemachten Erfahrungen eine Reihe bemerkenswerther Vorzüge, über welche Verf. ausführlich berichtet. Der im genannten Krankenhaus umgebaute Operationssaal besteht in seinem vorderen Drittel aus abwaschbaren Glasbausteinwänden, die einen wetter- und zugdichten, warmhaltenden, sich nicht beschlagenden Abschluss bieten, auch gegen die Hitze der direkten Sonnenstrahlen schützen, das Tageslicht, das durch die Glassteine gebrochen wird, frei durchlassen, das durch das Oberlicht einströmende reflektiren und keinen Einblick von außen in den Operationsraum gestatten; durch ihren Luftgehalt haben sie außerdem eine schalldämpfende Eigenschaft, wodurch Geräusche von der Straße her nicht störend empfunden werden.

Kramer (Glogau).

27) **E. Kurz** (Florenz). Zwei einfache, leicht transportable Vorrichtungen für die Steinschnittlage und für die Beckenhochlagerung in der Privatpraxis.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 27.)

Die erstere Vorrichtung besteht aus einem ca. 86 cm langen und 56 cm breiten Brett, an dessen einem Ende 2 Pflöcke mit eisernen Rohrstücken für die Beinhalter angebracht sind, die zweite aus 2 durch Scharniere mit einander verbundene Holzplatten von 52 resp. 58 cm Länge und je 50 cm Breite; in das freie Ende der oberen kürzeren Platte werden 2 an glatten Eisenstäben befestigte Beinhalter gesteckt. — Zur Befestigung der Vorrichtungen am Tisch dienen einige Klammern.

Kramer (Glogau).

28) **K. Ullmann**. Krankenvorstellung. Multiple eruptive Kavernome.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 12.)

Schon 1893 waren bei der Pat. eine ganze Anzahl nadelkopf- bis erbsengroßer Geschwülste im Gesicht akut aufgetreten. Sie waren für Melanosarkome gehalten worden, doch ergab die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Knotens die Diagnose Kavernom. 1897 kam akut unter heftigem Fieber ein Nachschub an Brust, Bauch, Gliedmaßen und Hinterbacken. Die Geschwülste, von einem entzündlichen Hof umgeben, brachen zum Theil durch und secernirten Eiter, heilten dann aus; die zurückbleibenden wurden verschorft. Gleichzeitig machte Pat. eine Pneumonie durch. Aus 2 Geschwülsten erfolgte später eine heftige Blutung; eine im weiteren Verlauf auftretende lebensgefährliche Lungenblutung beruht wahrscheinlich auf gleichartigen Geschwülsten der Bronchialschleimhaut.

Grisson (Hamburg).

29) **P. Roeseler.** Beiträge zur Osteomyelitis mit besonderer Berücksichtigung der Therapie und der Heilerfolge.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 243. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

R. hat sich bemüht, über das wirkliche Endergebnis der Behandlung bei den in den letzten 6 Jahren im Berliner Hedwigskrankenhaus (Rotter) operirten Fällen von akuter Osteomyelitis Genaueres zu erfahren, um den Werth der angewandten Operationsmethoden danach beurtheilen zu können. — Unter den nach Ausscheidung von 5 Todesfällen (17,4% Sterblichkeit) verbliebenen hatte in 7 die operative Behandlung zunächst in ausgiebiger Incision der Weichtheilabscesse bis auf den Knochen, in 16 in sofortiger Aufmeißlung des letzteren bestanden; von diesen 23 Fällen kamen 15 zur Heilung und blieben 3 ungeheilt. Durch die frühzeitige Aufmeißlung konnten, wie R. hervorhebt, Metastasen in anderen, Recidive in denselben Knochen und Komplikationen mit Vereiterung des benachbarten Gelenks stets vermieden und ein günstiger Einfluss auf die Entfieberung und die Ausdehnung der Nekrose ausgeübt werden. Nekrotomien wurden in 12 jener akuten Fälle und in 20 erst im chronischen Stadium aufgenommenen ausgeführt und betrafen am häufigsten das Femur und die Tibia, sodann den Humerus. Als bestes Verfahren erwies sich das von v. Esmarch und Riedel empfohlene, bei welchem durch Fortmeißeln der Seitenwände eine möglichst flache Rinne hergestellt, das Zurückbleiben einer Knochenhöhle thunlichst vermieden wurde; wo osteoplastische Methoden zweckmäßig erschienen, begnügte man sich mit Haut-Periostlappen. Von den 32 Pat. starben 2, und gelangten die übrigen 30 zur Heilung; davon konnten 23 einer späteren Revision unterzogen werden, bei welchen 26 Nekrosen resp. Knochenabscesse (3mal) operirt worden waren. 23 zeigten vollkommene Heilung (88,5%) ohne Fistelbildung, 3 Fisteln; bei 19 lag die Operation über 1 Jahr (bei 11 über 2 Jahre) zurück. R. glaubt, dass der gegenüber anderen Statistiken so günstige Heilerfolg in Rotter's Fällen mit der angewandten Operationsmethode zusammenhänge. **Kramer** (Glogau).

30) **A. Gerster.** Report of the departement of general surgery.

(Reprinted from the Mount Sinai Hospital Reports 1898.)

Im Jahre 1898 sind bei Operationen in den verschiedenen Stationen des Mount Sinai Hospital 1388 allgemeine Narkosen eingeleitet worden; wobei die verschiedensten Mittel benutzt wurden, am häufigsten — 631mal — das Chloroform. Nächstdem wurde Schleich's Mischung No. 3 am häufigsten verwendet, Äther allein nur in 94 Fällen, meist bei Augenoperationen. Die Schleich'schen Mischungen sind zwar angenehmer zum Einathmen, als Äther und Chloroform einzeln, aber auch nicht so zuverlässig, so dass der Kranke oft plötzlich aufwacht und die Operation stört, da die Reflexe sehr früh erlöschen und daher ganz und gar nicht sicher leiten. Während des Berichtsjahrs traten 2 Todesfälle in Chloroformnarkose auf, beide bei Herzkranken, denen man aber wegen gleichzeitiger Bronchitis oder Nephritis nicht, wie sonst bei Herzkranken geschah, Äther geben konnte.

Unter den 133 Lokalanästhesien sind 57 mit verschieden starken Lösungen von Cocain, 18 statt dessen mit Eucainlösungen ausgeführt worden; einige der Operationen waren größerer Art, sogar mehrere Laparotomien.

Wegen mehrfach recidivirter Trigeminusneuralgie wurde 1mal das Ganglion Gasseri resecirt; anfänglich fanden sich noch geringe Schmerzanfälle im Infraorbitalis ein, später aber nicht mehr. 15 Amputationen kamen vor mit 1 Todesfall (durch diabetisches Koma). Unter den 7 Gelenkresektionen hatten 2 tödlichen Ausgang.

Verhältnismäßig häufig kamen Operationen an der Bauchhöhle vor, nämlich 224mal, von denen 38 tödlichen Ausgang hatten. Hiervon betrafen 16 mit 6 Todesfällen die Gallenblase und die Gallengänge. An der Leber selbst wurde 7mal operirt mit 3 tödlichen Ausgängen, meist wegen Leberabscess, 1mal unter gleichzeitiger Resektion eines Stücks der Leber wegen Krebs (genesen), 2mal wegen

Echinococcus (1 Tod). In 2 Fällen war die Milz Gegenstand des Bauchschnitts, 1mal wegen Ruptur bei Überfahren, 1mal wegen Gangrän nach Thrombose der Vena splenica; beide Male folgte Tod. Von den 8 Magenoperationen war 1 durch Magenkrebs, 1 durch Magen- und Speiseröhrenkrebs indicirt; in letzterem Falle erfolgte tödlicher Ausgang. 3mal wurde wegen Ösophagusstriktur die Gastrostomie gemacht (1 Tod), 3mal die Gastroenterostomie mittels Murphyknopf (1 Tod). — Sehr zahlreich waren die durch Epityphlitis veranlassten Operationen, nämlich 149 mit 27 Todesfällen, und enthält namentlich dieser Abschnitt manche interessante Einzelheit. — An 68 Kranken wurden 73 Bruchoperationen ausgeführt, und zwar nach Bassini an 48 reponiblen und 2 irreponiblen (1 todt) Leistenbrüchen, ferner 10 Herniotomien bei Einklemmung (2 todt); nach 60 Operationen dieser Kategorie wurde prima intentio erzielt. Der Todesfall bei einer Operation nach Bassini war auf Infektion der Hände zurückzuführen, obgleich Operateur und Assistenten sich dabei die Hände mit baumwollenen Handschuhen bedeckt hatten. — Unter den 7 Nephrektomien war kein Todesfall zu beklagen, dagegen trat nach einer der 11 Nephrotomien der Tod ein; und zwar war die Operation wegen Pyonephrosis gemacht worden. Auch dieser Abschnitt enthält Interessantes. — Die 1 Resektion des Mastdarms nach Kraske wegen Krebs endete tödlich. — Hämorrhoidalknoten wurden 91mal mit Klammer und Kauterium behandelt ohne üble Zwischenfälle; dieser Behandlung wird ihrer Einfachheit halber der Vorzug vor der Ligatur und der Operation nach Whitehead gegeben, welche eigentlich nur zu Demonstrationszwecken in Anwendung kamen. Stets wurde danach eine Tamponröhre eingelegt, welche nicht bloß den Abgang von Winden, sondern auch die Anwendung des regelmäßig nach 24 Stunden verabfolgten Ölklystiers gestattet. Am 3. Tage wird ein salinisches Abführmittel gegeben, gefolgt von einem Klystier von Seifenwasser, welches schmerzlos Tamponröhre, Koth und Wattetampon herauszubefördern pflegt.

Lühe (Königsberg i/Pr.)

31) **P. de Champeaux.** Syphilis tertiaire nasale.

(Revue de laryngol. 1899. No. 26.)

Bei einer 75jährigen Frau, welche seit vielen Jahren an Nasenpolypen litt, fand Verf. 2 Formen von Wucherungen, Schleimpolypen von der Gegend der mittleren Nasenmuschel ausgehend, und fibröse Polypen am Septum. Nach Entfernung einiger Wucherungen konnte er auch einen großen Defekt der knorpligen Nasenscheidewand feststellen. Die daraufhin eingeleitete antisyphilitische Behandlung brachte die fibrösen Neubildungen um den Septumdefekt herum zum Schwinden, während die Schleimpolypen auch ferner eine operative Behandlung erforderten.

Teichmann (Berlin).

32) **R. Sarremone.** Chancre syphilitique du larynx.

(Revue de laryngol. 1899. No. 31.)

Bei einem 45jährigen Mann, der seit 4 Wochen über Stimmstörung klagte, fand sich ein Geschwür auf der rechten ary-epiglottischen Falte mit starker Infiltration der Nachbarschaft und umfangreichen, harten Drüsenschwellungen vor dem Kopfnickermuskel. Der Verdacht auf einen syphilitischen Primäraffekt wurde durch eine gleichzeitig auftretende Roseola bestätigt. Unter örtlicher Behandlung mit Kalomel heilte das Geschwür in wenigen Wochen ab. Verf. glaubt, dass das Virus mit dem Mundspeichel an diese vielleicht gerade oberflächlich erodirte Schleimhautstelle gelangt sei.

Teichmann (Berlin).

33) **Comba.** Sette casi di noma delle guancie.

(Sperimentale 1899. No. 2.)

7 Fälle von Wangennoma; 2 kamen zur Heilung. Alle wurden bakteriologisch und wenn möglich histologisch untersucht. C. kommt zum Schluss, dass ein specifischer Organismus der Krankheit nicht zu Grunde liegt, wenn auch häufig dem von Guizzetti, Simonini etc. beschriebenen Bacillus, den auch er 3mal isoliren konnte, ein ander Mal dem Diphtheriebacillus eine besondere Wichtigkeit

zukommt. Wahrscheinlich sind es die Bakterien der Mundflora, welche unter besonderen Umständen eine erhöhte Virulenz gewinnen und meist gemeinsam zur Ursache der Noma werden. Ulceröse Stomatitis ist wohl an sich ein gleicher Process, an den sich Noma auch anschließen kann.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

34) **Hamon du Fougeray.** Contusion violente de la face, paralysie faciale, paralysie du voile du palais et de la corde vocale gauche consécutives persistant depuis deux ans.

(Revue de laryngol. 1899. No. 25.)

Ein 50jähriger Mann wurde beim Reinigen eines mit kochendem Wasser gefüllten Fasses von dem durch die Expansion des Dampfes herausgeschleuderten Spundholz an der linken Wange und Nasenseite getroffen. Es erfolgten starke Ekchymosen und Nasenbluten. Erst 8 Tage später bemerkte er Schlingbeschwerden, Verziehung des Gesichts und Heiserkeit. Die Untersuchung durch Verf. ergab eine linksseitige Lähmung des Facialis, des Gaumensegels und des Kehlkopfs. Die vorgeschlagene elektrische Behandlung wurde abgelehnt, die Lähmungen nahmen an Intensität noch etwas zu und bestehen jetzt seit 2 Jahren unverändert. Verf. konnte zwar Zeichen einer Fraktur nicht feststellen, möchte aber eine solche nicht ausgeschlossen haben; die Verletzung der Nervenstämme sucht er in der Fossa pharyngo-maxillaris.

Teichmann (Berlin).

35) **Joncheray.** Emphysème unilatéral de la région fronto-orbitaire dû à l'action de se moucher.

(Revue de laryngol. 1899. No. 26.)

Ein 15jähriger Knabe, der die Gewohnheit hatte, sich heftig zu schneuzen, empfand bei diesem Anlass plötzlich ein leichtes Knacken und Schmerzgefühl in der rechten Augengegend; der Augapfel hob sich erst, dann senkte er sich und verlor vollkommen die Lichtempfindung, gleichzeitig entstand eine Geschwulst um das Auge herum. Im Taschentuch fand sich weder Blut noch sonst etwas Auffälliges. Bei der Untersuchung der Nasenhöhlen aber zeigte sich doch etwas blutiger Ausfluss aus der Gegend der Stirnhöhlenmündung. Das Emphysem schwand bei Vermeidung allen Schneuzens in wenigen Tagen, und das Sehvermögen stellte sich wieder her. Verf. nimmt an, dass in der dünnen Nasoorbitalwand eine Knochenlücke bestand, in welcher die überkleidende Schleimhaut bei dem starken Schneuzen plötzlich einriss und den Übertritt von Luft in die Augenhöhle gestattete.

Teichmann (Berlin).

36) **Luc.** Contribution à l'étude et à l'histoire des sinusites maxillaires aiguës.

(Revue de laryngol. 1899. No. 28.)

Ein Student der Medicin erkrankte unmittelbar nach der Autopsie eines an Pneumokokkenmeningitis verstorbenen Mannes unter den Erscheinungen einer akuten Stirn- und Kieferhöhleneiterung. Die bakteriologische Untersuchung des Naseneiters ergab die ausschließliche Anwesenheit von Pneumokokken. Im Verlauf von 3 Wochen trat ohne operativen Eingriff Heilung ein. — In 2 weiteren Fällen entstand im Anschluss an Caries eines Eck- resp. Schneidezahns eine Eiteransammlung hoch oben an der Vorderfläche des Oberkiefers mit drohendem Durchbruch durch die Haut der Wange. Gleichzeitig stellte sich Eiterung aus der Nase ein. Von den Alveolen der extrahirten Zähne aus gelangte eine Sonde in die Eiterhöhle und war unter der Haut zu fühlen. Verf. eröffnete in beiden Fällen von der Mundhöhle aus den Abscess, fand das eine Mal einen Durchbruch der Vorderwand der Kieferhöhle, eröffnete in beiden Fällen die Kieferhöhle breit von der Fossa canina aus und stellte durch Resektion eines Theils der nasalen Kieferhöhlenwand und der unteren Nasenmuschel einen breiten Abfluss nach der Nasenhöhle her. Im 2. Falle war auch eine Incision der Haut nothwendig, um ihren eitrigen Zerfall zu vermeiden. Beide Male hatten sich trotz der kurzen Krankheits-

dauer bereits Fungositäten in der Kieferhöhle entwickelt. In beiden Fällen trat schnelle Heilung ein. (Verf. glaubt, dass die älteren Autoren solche Fälle vor sich gehabt haben, wenn sie von Kieferhöhleneiterungen berichten, welche nach vorn durch die Haut durchbrachen. **Teichmann** (Berlin).

37) **Taptas.** Trois cas de sinusite maxillaire chronique opérés suivant le procédé de M. Luc.

(Revue de laryngol. 1899. No. 34.)

Die Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus mit folgender Resektion der nasalen Kieferhöhlenwand und Drainage in die Nasenhöhle führte auch in diesen 3 Fällen zur Heilung. Bemerkenswerth war in dem einen Falle der wiederholt negative Ausfall der Probepunktion und -Durchspülung vom unteren Nasengang aus. Verf. schließt daraus auf eine gekammerte Kieferhöhle, hat aber bei der Operation nicht auf die vermuthete Scheidewand geachtet. Ferner zeigte sich als Ursache einer längeren Fortdauer der Eiterung nach der Operation in einem Falle ein Knochenstückchen von ca. 1 cm Durchmesser, welches bei der Operation losgesprengt und in der Kieferhöhle liegen gelassen worden war.

Teichmann (Berlin).

38) **Kiderlen.** Vier Fälle von Fremdkörpern in den tiefen Luftwegen.

(Sitzungsberichte der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde 1899.)

1) Ein 11jähriges Mädchen hatte eine Nadel mit großem Knopf verschluckt. Das Röntgenbild zeigte dieselbe links hinter der 4. Rippe. Da die Speiseröhre frei war, konnte die Nadel nur im linken Bronchus sitzen. Tracheotomia inferior und Vernähung der Haut mit der Trachea. Mit der Sonde war nun die Nadel zu fühlen, zur Extraktion wurde aber erst Cocain angewendet; als zum 2. Male der mit Cocainlösung getränkte Wattebausch herausgezogen wurde, hing die Nadel an der Watte.

2) Ein 11jähriges Mädchen hatte 6 Wochen vor seiner Einlieferung einen Zwetschenkern verschluckt. Bei der Operation trat Asphyxie ein, es wurde schnell eine Kanüle eingeführt, der Kern konnte nicht entfernt werden. 3 Tage später foudroyante Blutung und Tod. Bei der Obduktion fand sich eine Arrosion der Anonyma. Der Kern saß lose auf der Bifurkationsstelle.

3) ein Kind hatte eine Bohne verschluckt. 8 Tage später heftige Athemnoth. Tracheotomia inferior. Nach Eröffnung der Luftröhre sah man die Bohne auf- und absteigen, mit einem raschen Griff konnte sie herausgenommen werden.

4) Ein Mann, der wegen Kehlkopfstenose seit Jahren eine Kanüle trug, bemerkte, als er eines Morgens die innere Kanüle in die äußere stecken wollte, dass diese sich löste und nach unten glitt. Er kam ziemlich dyspnoisch in die Klinik und wurde unter Cocain, ohne Narkose, operirt. Die abgebrochene Kanüle saß auf der Bifurkationsstelle und wurde mit einer langen gebogenen Zange extrahirt.

Teichmann (Berlin).

39) **D. Gerhardt.** Ein Fall von Typhusempyem mit spontaner Resorption.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hf. 1.)

G. beobachtete im unmittelbaren Anschluss an einen Fall von Typhus, welcher mit Lungenerscheinungen einhergegangen war, in einer Pleurahöhle ein seröses Exsudat. Dasselbe wurde, wie die nächsten Probepunktionen bewiesen, alsbald eitrig. Im Eiter fanden sich Reinkulturen von Typhusbacillen. In ca. 10 Tagen war das eitrige Exsudat spontan resorbirt, so dass eine Operation unnöthig war. Es scheint, dass die Prognose der Typhusempyeme besonders dann gut ist, wenn der Typhusbacillus der alleinige Eitererreger darin ist; je ein Fall von Fraenkel und Weintraud kamen gleichfalls zu spontaner Resorption. Offenbar verlieren die Bacillen ihre entzündungserregende Wirkung verhältnismäßig rasch.

Haeckel (Stettin).

40) **Crovetti.** Prolasso della mucosa uretrale femminile, escisione dopo il metodo Cuzzi-Resinelli.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 76.)

Ein graciles, anämisches, 11jähriges, noch nicht menstruirtes Kind klagt seit $^3/_4$ Jahr über Brennen beim Uriniren, Schmerzen an den Geschlechtstheilen und Behinderung beim Gehen. Eine nussgroße, bläuliche Geschwulst vor dem Orificium urethrae stellt einen Vorfall der Harnröhre dar. Es besteht gleichzeitig eine Urethro-Cystitis. Nachdem diese geheilt ist, wird der Vorfall einfach abgetragen, nachdem vorher (Verfahren von Cuzzi-Resinelli) die Nähte gelegt sind, welche die Blutung beherrschen. Verf. glaubt, dass die Urethro-Cystitis vor dem Prolaps bestanden hat und als ätiologischer Faktor für letzteren hauptsächlich in Betracht kommt. **Dreyer** (Köln).

41) **Freudenberg.** Ein modificirter »Cauterisator prostatae« zur Bottini'schen Operation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 23.)

Die Modifikation, deren Einrichtung wie Gebrauch aus der beigegebenen Abbildung zu entnehmen ist, betrifft die Möglichkeit, den »Kauterisator«, wie jedes andere chirurgische Instrument, durch einfaches Kochen sterilisiren zu können. F. redet dem Kauterisator das Wort, der nicht so ganz aus der chirurgischen Praxis zu weisen ist und präcisirt die Indikationen für den Gebrauch des Instruments unter Anführung einer Reihe von Fällen, in welchen der Kauterisator mit Erfolg zur Anwendung kam. **Gold** (Bielitz).

42) **A. Montini** e **F. Corvi.** Flemmone perinefritico da empiema, a ripidissimo sviluppo.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 79.)

Ein Empyem nach Pleuropneumonie wurde durch Schnitt entleert. Die aufgefangenen $1^1/_2$ Liter Eiter haben einen kothartigen Geruch. Das Fieber fiel nach der Entleerung sofort ab, stieg aber am Abend des folgenden Tages wieder auf 39°. Gleichzeitig trat eine leichte Röthung in der Lendengegend auf. Die Probepunktion ergiebt Eiter, und der typische Nierenschnitt legt einen perinephritischen Abscess bloß. Trotz dessen Entleerung treten pyämische Erscheinungen und nach 3 Tagen der Tod ein. Bemerkenswerth ist, dass bei der Empyemoperation keine Rippenresektion gemacht wurde, eine Unterlassung, die Verff. selbst als Ursache der Komplikation und des unglücklichen Ausgangs betrachten. Bei den Ausspülungen des Pleuraraums entleerte sich ein Theil der Flüssigkeit aus der Lumbalwunde. **Dreyer** (Köln).

43) **Lampe.** Über traumatische Pseudohydronephrosen mit besonderer Berücksichtigung eines in der Greifswalder chir. Univ.-Klinik beobachteten, mit einer doppelseitigen wahren Hydronephrose komplicirten Falles.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1899.

Der Überschrift ist wenig hinzuzufügen nöthig. Es handelte sich um einen 16jährigen Jungen, der seit etwa seinem 10. Lebensjahre einen »hohen Leib« gehabt hatte, sonst gesund gewesen war. Fall 3 m tief. Starke Anschwellung des Bauches, besonders rechts hinten Schwellung, Schmerzhaftigkeit und Fluktuation. 5 Tage nach dem Unfall Benommenheit. Incision. Große, cystöse, mit Blut und Urin angefüllte Höhle mit gangränösen Wandungen um die in einen großen, schlaffen Sack umgewandelte Niere. Nach 12 Tagen Tod. Bei der Sektion zeigte sich, dass auch auf der anderen Seite eine Hydronephrose war. Eine genügende Erklärung war nicht zu finden, da gleichzeitig beide Harnleiter stark erweitert waren.

Kasuistische Beiträge aus der Litteratur beschließen die interessante Mittheilung. **Martens** (Berlin).

44) **Minervini e Rolando.** Sopra un caso di retentio testis inguinalis.

R. Accad. Med. di Genova. Sed. del 5 giugno 1889.
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 73.)

Der 48jährige Mann war mit 15 Jahren mannbar geworden. Auch jetzt sind die geschlechtlichen Funktionen normal. Doch hat er nach 23jähriger Ehe keine Kinder. Männlicher Typus, kräftige Muskulatur, mäßiges Fettpolster, geringe Behaarung, Penis gut entwickelt, Hodensack klein und leer. In den Leisten seit einigen Wochen dumpfe Schmerzen; dort liegen 2 platte, ovale, mandelgroße, elastische Körper, die die Hoden darstellen und exstirpirt werden. Die Tunica vaginalis ist verdickt, die Samenkanälchen enthalten eine hyaline, homogene Substanz, die die Lichtung theilweise verschließt. Dieselbe nimmt keine Kernfärbung an und ist sowohl vom Amyloid wie Colloid verschieden. Mit Kontrastfarben (Eosin und Safranin) zeigt sie eine feine fibrilläre Struktur. In dieser Substanz sieht man spärliche, kleine, deformirte Epithelien. Zwischen den Tubuli sieht man große Zellen mit granulirtem, häufig verfettetem Protoplasma und ovalem Kern mit Kernkörperchen (Zwischenzellen). Der Nebenhode ist normal.

Dreyer (Köln).

45) **J. Donath und H. Hüttl.** Ein Fall von Neuralgia spermatica, der mit Resektion des N. lumbo-inguinalis und N. spermaticus externus behandelt wurde.

(Ungarische med. Presse 1899. No. 11.)

Ein 23jähriger Mann behielt nach einer gonorrhoischen »Hodenentzündung« Schmerzen im gleichseitigen Hoden zurück, die längs des Samenstrangs in die Unterbauchgegend ausstrahlten. Es wurde von den genannten Nerven von einem Schnitt, ähnlich dem zur Aufsuchung des Harnleiters, ein 6—7 cm langes Stück resecirt. Nach anfänglichem Erfolg zeigte sich 4 Monate später ein Recidiv.

Neugebauer (M. Ostrau).

46) **W. Sykow.** Zur Kasuistik des sog. Deciduoma malignum. (Aus der chirurgischen Hospitalklinik des Prof. Lewschin in Moskau.)

(Chirurgia 1899. p. 27. [Russisch.])

Eingehende Beschreibung eines sehr seltenen Falles, in welchem sich bei einer 36jährigen Frau im linken Schläfenbein eine Metastase obiger Geschwulst entwickelt hatte. Es wurden von ihr, so wie von aus dem Uterus entnommenen Probestückchen identische mikroskopische Bilder gewonnen.

Es wurde die Trepanation gemacht, doch nahmen die schweren Gehirnsymptome ihren Fortgang; später gesellten sich Metastasen in der Lunge dazu, und Pat. ist nach ihrer Entlassung aus der Klinik später ihrem Leiden erlegen.

S. giebt eine in 3 Gruppen getheilte Tabelle (zum Theil unter Benutzung der Arbeit Liermann's) über 39 in der Litteratur veröffentlichte Fälle obiger Geschwülste und eine Übersicht über die geschichtliche Entwicklung der Lehre von denselben.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

Berichtigung. P. 1031, Zeile 17 von unten ist statt gangränöse — graugrüne zu lesen.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 43. Sonnabend, den 28. Oktober. 1899.

Osteoplastische Aufmeißelung des Warzenfortsatzes.

Von

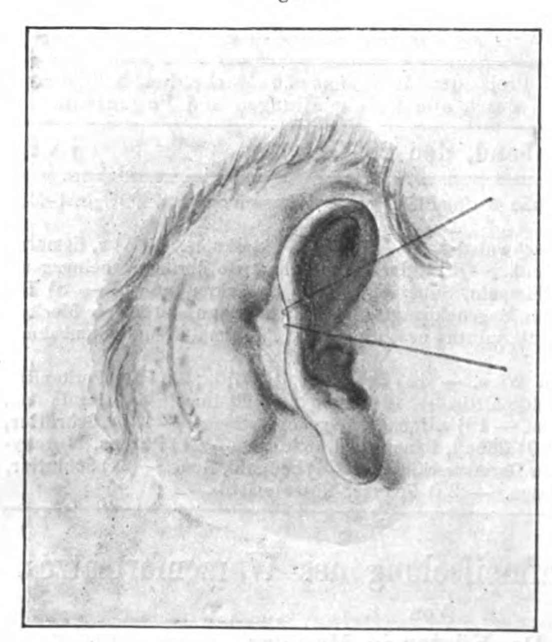
Prof. Dr. **Küster** in Marburg.

Die im Centralblatt für Chirurgie 1898 No. 46 enthaltene Mittheilung des Prof. v. Mosetig-Moorhof in Wien über plastische Deckung von Defekten am Warzenfortsatz veranlasst mich, eine Methode bekannt zu geben, welche geeignet ist, jede Entstellung nach Aufmeißelungen des Warzenfortsatzes, gleichgültig aus welcher Ursache immer, zu vermeiden. Ich übe dieselbe schon seit dem Jahr 1895; doch habe ich bisher gezögert, sie zu veröffentlichen, um vorerst noch eine größere Erfahrung zu gewinnen. Da mir aber, bei dem Bestehen einer eigenen Ohrenklinik an hiesiger Universität, geeignetes operatives Material nur spärlich zufließt, so kann ich bis heute nur über 9 Fälle berichten, an denen die Operation ausgeführt wurde. Sämmtliche Kranke, mit Ausnahme eines tödlich abgelaufenen Falles, sind so geheilt, dass nichts als eine schmale und wenig auffallende Narbe übrig geblieben ist.

Die Operation ist auf denselben Grundsätzen aufgebaut, welche König für die osteoplastische Deckung von Schädeldefekten aufgestellt hat; nur wird der Haut-Periost-Knochenlappen nicht der Nachbarschaft, sondern dem Warzenfortsatz selber bis zur unteren Grenze der Rindenschicht entnommen.

Das Verfahren ist folgendes: Bei stark nach vorn gezogener Ohrmuschel wird ein Schnitt hart an der hinteren Grenze derselben geführt, welcher, etwas über der Höhe der oberen Gehörgangswand beginnend, gerade nach abwärts verläuft, die Spitze des Warzenfortsatzes umkreist und an der hinteren Grenze desselben zu der Höhe des Ausgangspunkts emporsteigt (s. Fig. 1). Der Schnitt wird bis in den Knochen vertieft; dann löst man das Periost mittels eines Hebels nur so weit ab, um genügenden Raum zu gewinnen, setzt einen mäßig breiten Meißel ein, legt zunächst eine seichte Rinne im Knochen an und meißelt dann eine dünne Knochenplatte von der Oberfläche des Warzenfortsatzes ab, welche im Zusammenhang mit dem umschnittenen Haut-Periostlappen bleiben muss. Der auf diese Weise gebildete Haut-Periost-Knochenlappen wird nach oben umgelegt; man hat dann den erkrankten Warzenfortsatz vor sich, der in gleicher Weise behandelt wird, wie Verf. dies im Jahr 1889 beschrieben hat[1]. Nach vollkommener Beseitigung des Krankheitsherdes wird der Lappen zurückgeschlagen, nachdem die entstandene Knochenhöhle mit einem Stück Jodoformmull ausgestopft worden ist. Um ein leidliches Wiederanpassen der Knochenränder zu ermöglichen, empfiehlt es sich, aus dem unteren Rand der deckenden Knochenplatte ein so großes Stück mittels einer Beißzange zu entfernen, dass ein Zipfel des Mulltampons bequem hindurch-

Fig. 1.



Geheilte osteoplastische Aufmeißelung des rechten Warzenfortsatzes (Conrad Hermann, 14 Jahr).

---

[1] E. Küster, Über die Grundsätze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen etc. Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 10 ff.

geleitet werden kann. Dann passt sich der übrige Lappen ohne Schwierigkeit wieder an und kann durch fortlaufende, nur die Hautränder fassende Seidennaht, welche nur die Stelle des Jodoformmulltampons freilässt, in richtiger Stellung festgehalten werden. Nach 4—5 Tagen wird der Tampon entfernt, um durch einen neuen, kleineren ersetzt zu werden. Die Höhle füllt sich in wenigen Wochen mit Granulationen, die genähte Haut verheilt in der Regel durch erste Vereinigung, und nur eine wenig absondernde Fistel bleibt übrig, welche sich indessen gleichfalls binnen kurzer Zeit zu schließen pflegt. Die ganze Operation kann in 15—20 Minuten beendigt sein.

Der Vortheil dieses Verfahrens besteht darin, dass keine Spur von Entstellung übrig bleibt; nur die leicht zu übersehende Narbe giebt Zeugnis von dem stattgehabten Eingriff. Dafür ist aber die Knochenform vollkommen erhalten und an Stelle der nach der gewöhnlichen Aufmeißelung zurückbleibenden tiefen Grube, in der sich leicht Schmutz und Staub ansammelt und haftet, erblickt man einen wohlgeformten, rundlichen und festen Knochen. Der Unterschied ist so sehr in die Augen springend, dass Jeder, welcher zwei nach den beiden Methoden operirte und geheilte Fälle neben einander sieht, über den Werth der Osteoplastik nicht in Zweifel sein kann.

Im Nachfolgenden gebe ich kurz die 9 Krankengeschichten der bisher von mir operirten Fälle.

Fall I. Cholesteatom des linken Felsenbeins. Endokranielle Störungen. Osteoplastische Aufmeißelung. Geheilt.

Fräulein H. K., 21 Jahr, aus Marburg, leidet seit ihrem 2. Lebensjahr an Ausfluss aus dem linken Ohr, ohne dass irgend eine Veranlassung nachzuweisen gewesen wäre. Der Ausfluss hörte zeitweilig vollkommen auf, kehrte dann aber wieder, war meist übelriechend und mit Schmerzen verbunden. Vor Jahren entstand ein Abscess hinter dem Ohr, welcher aufbrach und nach einiger Zeit ausheilte. So lange die Kranke sich erinnern kann, ist sie schwerhörig auf diesem Ohr gewesen. Am 4. November 1895 erkrankte Pat. mit heftigen Schmerzen im Ohr und im Kopf, am folgenden Tag trat Erbrechen auf, aber kein Fieber. Vor 3 Tagen wurde sie von Schwindel und heftigem Kopfschmerz befallen; gestern hat sich von Neuem Erbrechen, Benommenheit und Schläfrigkeit hinzugesellt; auch ist seit 3 Tagen der Mund schief und das linke Auge kann nicht vollkommen geschlossen werden. Seit gestern wird außerdem der Urin nur noch durch Katheter entleert.

Ich sah die Kranke am 9. November 1895. Das gut entwickelte junge Mädchen war stark benommen, zeigte eine Lähmung des linken N. facialis, der linke Warzenfortsatz war zwar nicht geschwollen, aber sehr empfindlich beim Beklopfen. Aus dem Ohr bestand ein spärlicher, aber sehr stinkender Ausfluss. Das Trommelfell fehlte, die Sonde führte auf bloßliegenden Knochen in der Paukenhöhle. Das Gehör war links vollkommen aufgehoben, die Labyrinthleitung dagegen unverändert.

Noch an demselben Tage wurde zur Operation geschritten, und zwar mit Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens. In den Warzenzellen fanden sich reichliche Cholesteatommassen, welche in einer großen, hinter und über dem Mittelohr gelegenen Höhle angehäuft waren. Die Aufmeißelung führte zur Freilegung der stark gerötheten Dura, so wie zur breiten Eröffnung des Mittelohrs. Nach

Ausräumung des Cholesteatombreies wurde die Höhle mit Jodoformmull gefüllt, der Lappen zurückgeschlagen und mit einigen Nähten befestigt.

Schon am nächsten Tage hatten sich alle Erscheinungen gebessert. Das Bewusstsein kehrte zurück, die Gesichtslähmung verschwand, nur der Mundwinkel blieb noch einige Zeit schief. Mehrmals trat noch Erbrechen ein. Der Urin wurde erst 5 Tage nach der Operation wieder freiwillig gelassen. Die Wundabsonderung blieb gering, war aber noch längere Zeit übelriechend. Auch blieben längere Zeit Kopfschmerzen übrig, welche erst nach Darreichung mehrerer Chiningaben völlig verschwanden. Einige Wochen blieb noch eine feine Fistel übrig, welche sich dann gleichfalls schloss. Die Heilung erfolgte ohne jede Entstellung, die Narbe war 1 Jahr später kaum noch sichtbar.

Fall II. Otitis media d. Abscessus cerebri. Aufmeißelung. Tod an Gehirneiterung.

Ludwig K., 20 Jahr, Bauaufseher aus Wildungen, wurde am 13. August 1896 in die Marburger chirurgische Klinik aufgenommen. Er stammt aus gesunder Familie, leidet aber seit seinem 6. Lebensjahr an Ausfluss aus dem rechten Ohr, der ohne nachweisbare Ursache sich entwickelt hat; auch wurde er seit dieser Zeit auf dem rechten Ohr schwerhörig. Im 8. Lebensjahr wurde er von Masern befallen; seitdem waren die Beschwerden gering bis vor 8 Tagen. Damals stellten sich plötzlich ziemlich heftige Kopfschmerzen ein, am stärksten hinter dem rechten Ohr und im Hinterkopf, welche den Kranken bewogen, die hiesige Ohrenklinik aufzusuchen. Von dort wurde er der chirurgischen Klinik zugewiesen.

Der Kranke ist ein ziemlich schwächlicher Mensch, welcher einen sehr matten Eindruck macht, Fragen nur langsam und scheinbar widerwillig beantwortet und über hochgradige Kopfschmerzen klagt. Der Warzenfortsatz ist nicht druckempfindlich, auch ruft das Beklopfen des Schädels keine Schmerzempfindung hervor. Geringer eitriger Ausfluss aus dem Ohr.

14. August 1896. Osteoplastische Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, der keinen Eiter enthält. Eröffnung des Mittelohrs von hinten her, Ausspülung und Ausfüllung desselben mit Jodoformmull. Die Dura mater war nicht freigelegt worden.

Die Operation hatte zunächst den Erfolg, dass die Allgemeinerscheinungen sich besserten; allein schon am 16. August trat wieder eine Verschlimmerung ein mit heftigen Schmerzen im Rücken und in allen Gliedern; am 17. August nahm auch die Benommenheit wieder zu. Am 18. August wurde desshalb der Lappen noch einmal in die Höhe geschlagen und die Schädelhöhle eröffnet. Die Gegend des Sinus transversus pulsirte deutlich, nicht aber die darüber liegende Partie der Dura, welche sich stark in die Wunde vorwölbte: Hier wurde mit einer Hohlnadel in das Gehirn eingestochen, aber erst nach mehrfachen Versuchen Eiter gefunden, demnächst die Hirnhaut und der Gehirnabscess durch Schnitt eröffnet und ein Drain eingeschoben. Der Kranke aber kam nicht mehr zum Bewusstsein, sondern starb noch am selben Tage unter den Zeichen des Lungenödems. Die Sektion ergab einen Abscess im rechten Schläfenlappen, so wie Brüchigkeit der oberen Paukenhöhlenwand. Links Trommelfellperforation, Eiterung im Mittelohr und in den Warzenzellen.

Fall. III. Pneumonie. Eiterung im linken Warzenfortsatz und im Mittelohr. Aufmeißelung. Heilung.

Louise S., 42 Jahr, Schreinersfrau aus Marburg, wurde am 29. November 1896 der chirurgischen seitens der medicinischen Klinik wegen eines Ohrenleidens überwiesen. Am 23. November war sie an einer Lungenentzündung erkrankt, welche bis zum 28. November ablief. Zugleich aber klagte sie über Schmerzen im Kopf und im linken Warzenfortsatz, welche indessen am nächsten Tag so ziemlich wieder verschwanden. Bei der Aufnahme fand sich eine kleine Auftreibung über dem linken Warzenfortsatz mit undeutlicher Fluktuation; dabei fehlte aber fast jede Druckempfindlichkeit. Am linken Trommelfell fand sich hinten und oben eine sichelförmige Perforation.

Da Pat. einen schwerkranken Eindruck machte, so wurde am 1. December zur osteoplastischen Aufmeißelung geschritten. In den Zellen des Warzenfortsatzes fanden sich Granulationen von blassgrauer Farbe nebst spärlichem Eiter; die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein Fränkel-Weichselbaum'scher Kokken.

Die Wundabsonderung war zunächst sehr erheblich, nahm aber bald ab. Durch Absterben und Ausstoßung der abgehobenen Knochenplatte trat zunächst eine Versögerung der Heilung ein, indem eine größere Höhle unter dem Weichtheillappen übrig blieb, welche für längere Zeit das Einlegen eines Drains erforderlich machte.

Pat. wurde am 5. Januar 1897 mit noch bestehender Fistel entlassen.

Eine Nachuntersuchung am 21. September 1899 ergiebt eine gute Form und Wölbung des Warzenfortsatzes. Der Lappen hat sich etwas zurückgezogen, und desshalb besteht an der unteren Spitze desselben eine etwas größere Narbe wie gewöhnlich. Keine Spur von Eiterung aus dem Ohr, normale Hörfähigkeit.

Fall IV. Tuberkulose des Processus mastoideus sin. und des Tarsus. Osteoplastische Aufmeißelung. Heilung.

Karl Michaelis, 1 Jahr alt, aus Kirchhain, ist von seiner kranken Mutter, welche vor einigen Tagen an Kehlkopfschwindsucht starb, genährt worden. Das Kind war von vorn herein schwächlich und litt viel an Erbrechen und Durchfällen. Vor 4 Monaten trat eine schmerzlose Anschwellung in der Gegend des linken Fußgelenks auf, welche vor 3 Wochen aufbrach. In letzter Zeit hat sich auch Ohrenfluss eingestellt.

Bei der Aufnahme am 4. März 1898 fand sich eine fluktuirende Anschwellung an beiden Knöcheln des linken Fußes, so wie ein übelriechender Ausfluss aus dem linken Ohr; das Trommelfell ist hyperämisch und lässt eine Perforation am vorderen oberen Quadranten erkennen. Temperatur 40,7°.

9. März 1898. Osteoplastische Eröffnung des Processus mastoideus. Nach Umgrenzung des Haut-Periostlappens dringt der Meißel fast ohne Widerstand ein. Beim Abheben des Lappens tritt eine Blutung ein, welche auf Tamponade bald steht. Der Processus mastoideus wird ausgeschabt, der mit stinkendem Eiter und Granulationen erfüllt war. Die Eröffnung des Mittelohrs wird unterlassen. Der Lappen wird in gewöhnlicher Weise durch einige Nähte in richtiger Lage gehalten.

Nach der Operation fiel die Temperatur sofort zur Norm. Es wurden daher schon zwei Tage später Jodoformglycerininjektionen in den kalten Abscess am Fuß gemacht, welche später durch Einschnitt, Ausschabung, Füllung der Höhle mit Jodoformglycerin und Naht ersetzt werden mussten. Die Heilung blieb hier aus, während die Operationswunde am Ohr bald heilte und auch die Eiterung aus dem Gehörgang unter Ausspülungen versiegte. Am 18. April 1898 wurde das Kind mit völlig geheiltem Ohr entlassen.

Fall V. Cholesteatom des rechten Warzenfortsatzes. Aufmeißelung. Verletzung des Sinus transversus. Heilung.

Heinrich Tasch, 11 Jahr, Tagelöhnerssohn aus Ockershausen bei Marburg, wird am 30. März 1898 in die chirurgische Klinik aufgenommen. Schon seit mehreren Jahren leidet er an rechtsseitigem Ohrenlaufen, welches ihm aber niemals sonderliche Schmerzen verursacht hat. Erst vor 14 Tagen trat unter Fieber und Abgeschlagenheit der Glieder eine mit heftigen Schmerzen verbundene Schwellung hinter dem rechten Ohr auf, welche täglich an Umfang zunahm.

Der ziemlich kräftig entwickelte Knabe hatte einen Puls von 120, eine Temperatur von 39,6°. Hinter dem rechten Ohr lag eine wurstförmige, teigige Anschwellung, etwa von der Größe der Ohrmuschel, welche etwas druckempfindlich war. Das rechte Trommelfell war mit eitrigem Sekret bedeckt; nach Abtupfen desselben erschien es getrübt, verdickt und schmutziggrau verfärbt; eine Perforation konnte nicht aufgefunden werden. Die Hörfähigkeit dieses Ohrs war herabgesetzt.

31. März 1898. Osteoplastische Aufmeißelung. In den Warzenzellen findet sich eine grauglänzende, breiige Masse und wenig dünner Eiter. Ausräumung der

Masse mit Meißel und scharfem Löffel, wobei plötzlich ein Strom dunklen Bluts aus der Tiefe hervorquillt. Die Öffnung wird tamponirt, die Operation dann zu Ende gebracht. Behandlung in gewöhnlicher Weise. Die Blutung kehrt auch beim ersten Verbandwechsel nicht wieder; wohl aber zeigt sich eine leichte Facialislähmung. Im Übrigen erfolgt die Heilung ohne Zwischenfall. Am 17. April wird der Kranke mit wenig absondernder Fistel entlassen, welche in poliklinischer Behandlung binnen kurzer Zeit zur Heilung kam.

Fall VI. Otitis media duplex tuberculosa. Aufmeißelung des rechten Warzenfortsatzes. Mit Fistel entlassen.

Wilhelm Weishaupt, 2½ Jahr, aus Frankenau, wurde der chirurgischen Klinik von Seiten der Augenklinik wegen einer Röthung und Schwellung am unteren Augenhöhlenrand überwiesen, welche Anfangs Februar aufgetreten sein soll. Wegen eines bald ausbrechenden Scharlachexanthems wurde er in die medicinische Klinik verlegt, am 13. März 1899 aber zurückverlegt. Es fand sich nunmehr eine auf rauhen Knochen führende Fistel unter dem rechten Auge, geschwollene Jugulardrüsen beiderseits, starker Ausfluss aus beiden Ohren, hinter dem rechten Ohr eine fluktuirende Anschwellung. Am linken Trommelfell eine feine Perforation, rechts ist das Trommelfell fast vollkommen zerstört.

16. März 1899. Osteoplastische Aufmeißelung rechts. Unter der Haut und in den Warzenzellen findet sich dünnflüssiger Eiter; die Schädelhöhle wird eröffnet, eben so das Mittelohr, welches gleichfalls von Eiter erfüllt ist. Nachbehandlung wie gewöhnlich.

Nach der Operation trat zunächst etwas Fieber auf, sonst aber war der Verlauf ohne Zwischenfall. Am 15. April schloss sich die Orbitalfistel, während die Eiterung aus den Ohren unter Spülung mit 20%igem Wasserstoffsuperoxyd und Salicylsäurelösung rasch abnahm. Am 23. April wurde der Knabe mit kaum noch absondernder Fistel und ganz geringer Eiterung aus beiden Ohren zur Weiterbehandlung durch den Hausarzt entlassen. Gegenwärtiges Befinden unbekannt.

Fall VII. Cholesteatom des rechten Ohrs. Aufmeißelung. Heilung.

Conrad Hermann, 14 Jahr, Maurerlehrling aus Niederwald, Kreis Kirchhain, wurde am 17. Juli 1899 in die chirurgische Klinik aufgenommen. In seinem 10. Lebensjahr erkrankte er ohne nachweisbare Ursache an rechtsseitigem Ohrenlaufen, wesswegen er vor 4 Jahren und vor 2 Jahren in der hiesigen Ohrenklinik behandelt worden ist. Die Eiterung nahm danach ab, die Hörfähigkeit besserte sich. Im Frühling 1899 trat wiederum eine Verschlimmerung mit heftigen Kopfschmerzen und zeitweiliger Benommenheit auf; vor 8 Tagen bildete sich eine schmerzhafte Anschwellung hinter dem Ohr, welche vor einigen Tagen aufbrach und eine große Menge übelriechenden Eiters entleerte. In der Ohrenklinik war früher eine chronische Mittelohreiterung mit umfangreicher Trommelfellperforation festgestellt worden.

An dem kräftigen Jungen mit stupidem Gesichtsausdruck fand sich eine erhebliche Schwellung vor, hinter und über dem rechten Ohr, welches dadurch stark abgehoben und vorstehend erscheint. Aus dem äußeren Gehörgang quillt äußerst widerlich riechender Eiter, welcher einen dunkelblauroth gefärbten Polypen umspült. Hinter dem Ohr zahlreiche eiternde Fisteln.

19. Juli 1899. Osteoplastische Aufmeißelung des Warzenfortsatzes. Man geräth in einen großen, hinter und über der Paukenhöhle gelegenen Hohlraum, der mit Cholesteatombrei erfüllt ist. Ausschabung. Demnächst Eröffnung des Gehörgangs, Abtragung des in der Paukenhöhle wurzelnden Polypen. Die Gehörknöchelchen kommen nicht zu Gesicht; sie scheinen bereits verloren gegangen zu sein. Behandlung wie gewöhnlich. Die vollständige Heilung der Wunde erfolgt bis zum 15. September, also in 8 Wochen, mit vollkommener Bewahrung der Form (vgl. Fig. 1). Bei der Entlassung findet noch eine ganz geringe Eiterung aus dem Ohr statt, die auch bei der Nachuntersuchung am 21. September 1899 noch besteht. Der Lappen liegt fest an, der Warzenfortsatz hat eine gute Wölbung.

Fall VIII. Cholesteatom des rechten Ohrs. Aufmeißelung. Verletzung des Sinus transversus. Heilung.

Jakob Beier, 8 Jahr, Arbeiterskind, wird am 31. Juli 1899 in die chirurgische Klinik aufgenommen. Er bekam im Alter von 6 Monaten ohne nachweisbare Veranlassung auf beiden Seiten Ohrenlaufen, welches seitdem unverändert fortbestand. Später hat er noch Keuchhusten und Masern durchgemacht. Vor 8 Tagen trat eine entzündliche Schwellung hinter dem rechten Ohr auf und zugleich verschlimmerte sich die seither bestehende Schwerhörigkeit.

Das rechte Trommelfell war vollkommen zerstört, die Schleimhaut theilweise defekt; doch war Knochencaries vom Gehörgang aus nicht zu fühlen. Reichliche, stinkende Eiterung aus dem rechten Ohr, hinter dem Ohr eine geröthete, druckempfindliche Schwellung. Fieber. Auch am linken Ohr findet sich eine Trommelfellperforation.

1. August 1899. Osteoplastische Aufmeißelung. Die Zellen des Warzenfortsatzes sind mit einem schmierigen Cholesteatombrei erfüllt. Bei Erweiterung der Knochenwunde stürzt ein dunkler Blutstrahl hervor; offenbar war der Sinus durch den Meißel verletzt. Tamponade. Das Mittelohr wird eröffnet und da es mit Granulationen erfüllt ist, so wird es gleichfalls ausgeschabt. Tamponade mit Jodoformmull, Naht. Die Blutung kehrt nicht wieder. Behandlung wie gewöhnlich.

Am 23. August war die Wunde vollkommen rein, am 28. August bis auf einen Granulationsknopf geschlossen. Der Knabe wird zur poliklinischen Behandlung entlassen. 20. September 1899. Eine Fistel besteht auch jetzt noch, doch ist der körperliche Zustand erheblich gebessert.

Fall IX. Otitis media chron. d. Osteoplastische Aufmeißelung. Wunde geheilt.

Rosalie M., 24 Jahr, Näherin, wurde am 1. August 1899 in die chirurgische Klinik aufgenommen. Sie ist bis auf eine Erkrankung an Masern stets gesund gewesen. Menses sonst regelmäßig, im letzten Jahr vielfach unregelmäßig. Seit 2 Jahren leidet sie ohne nachweisbare Veranlassung an eitrigem Ausfluss aus dem rechten Ohr; der Ausfluss soll mehrfach blutig gewesen sein. Daneben bestanden und bestehen noch jetzt heftige stechende Schmerzen im Ohr, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Neigung zum Erbrechen. Der Ausfluss hat zeitweilig ganz aufgehört, ist aber gegenwärtig wieder vorhanden. Pat. wurde von der Ohrenklinik der chirurgischen Klinik überwiesen. Der dort aufgenommene Befund lautet: Chronische Mittelohreiterung rechts, Verlust des Trommelfells. Paukenhöhle mit eingedickten Epithelmassen erfüllt. Caries des Hammers und ausgedehnte Caries im Kuppelraum. Links starke Einziehung des Trommelfells, frische Narbe im vorderen Quadranten.

8. August 1899. Osteoplastische Aufmeißelung, wobei übrigens die abgemeißelte Knochenplatte verloren geht. Aufmeißelung des Mittelohrs, Abschabung der cariösen Stellen. Der Sinus transversus wird in ziemlicher Ausdehnung freigelegt. Nachbehandlung in gewöhnlicher Weise.

Die Heilung der Wunde erfolgte mit großer Schnelligkeit; doch verloren die Kopfschmerzen sich nicht. Wichtig aber ist es anzuführen, dass auch hier, ungeachtet des Verlustes der Knochenplatten im Lappen, eine Entstellung nicht zurückblieb.

Die in knappster Form mitgetheilten Krankengeschichten sollen nur den Beweis liefern, dass die Operation in allen denjenigen Fällen anwendbar ist, für welche auch die gewöhnliche Form der Aufmeißelung in Frage kommt. Insbesondere sind es die so sehr häufigen und besonders gefährlichen Cholesteatome, für welche die Methode einen segensreichen Fortschritt darstellt. Jeder, der diese Operation in alter Form häufiger gemacht hat, weiß, wie überaus hässlich die sehr tiefen Löcher hinter dem Ohr wirken; und das ist

der Grund, wesshalb v. Mosetig-Moorhof sich entschlossen hat, diese unschönen Gruben noch nachträglich plastisch zu decken. Ob freilich die von ihm angewandte und empfohlene Methode einen guten kosmetischen Erfolg erzielt, das vermag ich nicht zu beurtheilen; doch kann ich gewisse Zweifel nicht unterdrücken. Aber selbst, wenn ersteres der Fall sein sollte, so bleibt doch die große Unannehmlichkeit einer zweimaligen Operation, während meine Methode durch einen einfachen Eingriff ein tadelloses Ergebnis zu erzielen erlaubt.

Hierin besteht indessen nicht der einzige Vortheil der Methode: Die Krankengeschichten lehren auch, dass die Heilung in der Regel ziemlich schnell erfolgt, da die Höhle sich bald zu füllen scheint. Das ist wiederum besonders bei den Cholesteatomen ein nicht hoch genug zu veranschlagender Vortheil, weil bei diesen die Heilung der tiefen Grube, welche sich nach dem üblichen Operationsverfahren mit einem Narbenlager überziehen muss, oft viele Monate in Anspruch nimmt, selbst gänzlich ausbleiben kann.

Was die Gefahren der Operation anbetrifft, so sind dieselben zweifellos nicht größer, sondern wahrscheinlich geringer, als bei der einfachen Aufmeißelung. Einer von den 8 Operirten (Fall II) ist freilich gestorben, aber es bestand wohl ohne Frage schon zur Zeit des ersten Eingriffs ein Gehirnabscess. 2mal, vielleicht sogar 3mal, ist der Sinus transversus verletzt worden, theils durch den scharfen Löffel, theils durch den Meißel. In allen diesen Fällen handelt es sich um einen besonders weichen Knochen, wahrscheinlich aber auch um eine schon brüchig gewordene Sinuswand. Solche Verletzungen können natürlich bei jeder Form der Operation vorkommen; aber der zurückgeklappte Knochenlappen erlaubt eine so sichere und feste antiseptische Tamponade, dass dieser Unglücksfall nie auch nur die geringsten Störungen veranlasst hat. Wir dürfen auch dies als einen Vorzug der Methode in Anspruch nehmen.

Die Vortheile der osteoplastischen Aufmeißelung sind demnach folgende: Vermeidung jeder Entstellung, abgesehen von einer feinen Narbe; schnellere Heilung; endlich Sicherheit der antiseptischen Tamponade bei Verletzungen des Sinus und der harten Hirnhaut.

Marburg, den 20. September 1899.

---

1) **H. Lengnick.** Über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Trauma und der Entwicklung von Geschwülsten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 379.)

L. hat aus dem Material der v. Eiselsberg'schen Klinik in Königsberg von im Ganzen 579 Geschwulstfällen 31 zusammengestellt, bei denen an ein Trauma als Entstehungsursache gedacht werden kann. Unter diesen sind 7, wo die traumatische Genese

wenig oder nicht wahrscheinlich ist, 12, wo »einige Wahrscheinlichkeit« für sie vorliegt, und 12, wo solche »mit Wahrscheinlichkeit« angenommen werden kann. Sehr überzeugend ist aber diese Wahrscheinlichkeit auch bei der letzten Gruppe nicht; denn recht häufig bleibt es unsicher, ob die fragliche Geschwulst nicht schon vor der betreffenden Verletzung bestanden hatte. Nur in einem einzigen Falle — Quetschung der Genitalien, Hämatocele, später nicht radikal operables Hodenmyxosarkom mit tödlichem Ausgang — ist für die traumatische Geschwulstentstehung allerdings eine hohe Wahrscheinlichkeit vorhanden. — Trotz der etwas spärlichen exakten Resultate der Arbeit ist sie gegenwärtig wegen der Unfallversicherungssache von Interesse. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

2) **Lang.** Experimentelle Beiträge zur Geschwulstlehre. (Aus dem Laboratorium der chirurgischen Universitätsklinik in Bern [Direktor: Prof. Dr. Kocher.])

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 20.)

L. gelang es, den Nachweis der Möglichkeit, Warzen überzuimpfen, experimentell am Menschen zu erbringen. Er impfte einem Individuum kleinste Warzenpartikelchen intrakutan mit einer Lanzette in die Haut der rechten Hand ein und beobachtete, dass nach $1^1/_2$ Monat kleinste Knötchen entstanden, die alsdann im Laufe weniger Monate sich zu großen deutlichen Warzen ausbildeten.

L. hatte schon früher an den eigenen Fingern Warzen erzeugt durch Reiben einer sehr großen Warze.

Impfversuche auf Nährböden blieben dagegen durchaus negativ.

Eben so positiv fiel L. ein Versuch experimenteller Erzeugung von Dermoiden aus, den er an einem Kaninchen vornahm; er schnitt von dem Hautrand einer Laparotomiewunde einen 3—4 mm breiten, 8 cm langen Streifen ab, der am oberen Ende im Zusammenhang mit der Bauchhaut gelassen wurde, und nähte diesen Hautstreifen in der Weise in die Laparotomiewunde ein, dass ein möglichst langes Stück intraperitoneal zu liegen kam. Ein halbes Jahr nach der Operation waren an der Operationsstelle mehrere rundliche Geschwülste entstanden, deren Untersuchung die anatomischen Kriterien eines Dermoids ergab.

Carcinome vom Menschen auf Thiere zu übertragen, ist L. nicht gelungen.

Experimentelle Erzeugung eines Keloids durch Einimpfung eines kleinen Partikels gelang 1mal; doch blieb das Keloid nur reiskorngroß.

Sarkome gaben mit Ausnahme eines Falles von Melanosarkom stets negative Resultate; dieser Fall betraf ein Meerschweinchen, dem ein Melanomaufguss mittels einer Pravaz'schen Spritze in die Milz injicirt wurde und das danach bei der Sektion eine massenhafte Durchsetzung des ganzen Organismus mit Pigment aufwies; die nach

L.'s, auch von **Langhans** vertretener Meinung nicht durch Verschleppung, sondern nur durch Neubildung von Pigment erklärbar war.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

3) **Wildt.** Über Fremdkörper im Röntgenbilde. (Aus dem Röntgenlaboratorium des Bürgerhospitals in Köln [Oberarzt Prof. Dr. **Bardenheuer.**])

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 20.)

W. weist darauf hin, dass in vereinzelten Fällen auch einmal ein abnormer Schatten im Röntgenbild, z. B. ein anomaler Knochenvorsprung, einen Fremdkörper vortäuschen kann und führt diesbezüglich einen Fall aus dem Bürgerhospital an.

Ferner betont er besonders, dass die mathematische Lagebestimmung des Fremdkörpers mittels Röntgenstrahlen in den meisten Fällen praktisch nur wenig Werth besitze. Doch sei es (wofür W. Beispiele anführt) von großer Bedeutung, dass man oft, aufmerksam gemacht durch das Röntgenbild auf den ungefähren Sitz des Fremdkörpers, diesen durch das Gefühl auch in solchen Fällen nachzuweisen und dann operativ zu entfernen vermöge, wo eine geringe Änderung der Resistenz, die ohne Durchleuchtung kaum auffiele oder für physiologisch gelten würde, dem Bild bei der Durchleuchtung entspricht.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

4) **v. Esmarch** und **Kowalzig.** Chirurgische Technik. III. und IV. Operationen an Kopf, Hals und Rumpf. 3. verbesserte und vermehrte Auflage.

Kiel, **Lipsius & Fischer,** 1899. 458 S. mit 632 Abbildungen.

Das Werk, das 1891 in erster und nach wenig Monaten in unveränderter 2. Auflage erschien, konnte damals im Centralblatt 1892 p. 530 rühmend besprochen werden. Wenn es jetzt in neuer Auflage erschien, musste es in Rücksicht auf die großen Fortschritte, die gerade auf dem Gebiet der operativen Chirurgie gemacht sind, seinen Umfang durch Einschaltung neuer Zeichnungen und des dazu gehörigen Textes vermehren. In der That ist denn der Umfang des Buches um 86 Seiten, die Zahl der Abbildungen um 112 gewachsen. Die Ausführung der neu zugewachsenen ist noch schöner als die der früheren Auflagen.

Dass die Kunst der Verff., in wenig präcisen Worten viel zu sagen und das Gesagte durch gute, scharfe Bilder zu erläutern, auch in dieser neuen Auflage eben so geübt ist, wie früher und dass damit namentlich dem operirenden Arzt ein trefflicher, rasch orientirender Berather in die Hand gegeben ist, braucht kaum hervorgehoben zu werden; wir möchten nur hinzufügen, dass die Fortschritte der operativen Chirurgie bis in die neueste Zeit Berücksichtigung gefunden haben, wobei natürlich aus dem überreichen Material die Verff. eine Auswahl dessen gtroffen haben, was ihnen als besonders

erwähnens- und erhaltenswerth dünkt. Was sich dagegen aus der 1. Auflage als nicht von dauerndem Werth ergeben hat, haben sie ausgemerzt. **Richter** (Breslau).

---

5) **F. Kiderlen.** Die teratoiden Geschwülste der Kreuzbeingegend vom klinischen Standpunkt, nebst Mittheilung eines einschlägigen Falles.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 87.)

Der von K. beschriebene neue Fall stammt aus der Schede'schen Klinik in Bonn und betrifft eine 24jährige ledige Pat., früher wiederholentlich wegen Osteomyelitis behandelt. In ihrer linken Hinterbacke war schon nach der Geburt eine Geschwulst bemerkt, die, allmählich angewachsen, im 9. Jahre angestochen, eiterähnliche Flüssigkeit entleerte. Erneute Anschwellungen erforderten noch 2mal solche Entleerung. Beim Zugang in die Klinik hohes Fieber, sehr bedeutende linksseitige Schwellung und Röthung. Fluktuation. Vom Mastdarm her eine Geschwulst tastbar, welche die Gebärmutter hoch und die Scheide zur Seite drängt. Nach einem vergeblichen Incisionsversuch tiefe Probepunktion, welche braune, jaucheähnliche, nicht kothig riechende Flüssigkeit ergiebt. Operation mittels Querschnitts über die Geschwulst. Es entleeren sich 2—3 Liter obiger Flüssigkeit aus einer Höhle, deren Wandung mit Darmschleimhaut bedeckt zu sein scheint. Die Geschwulst wird unschwer auf stumpfem Weg aus dem Becken herausgelöst, nur an der Innenfläche des Kreuzbeins, das keine Spaltbildung zeigt, haftet sie fester. Man stößt dann noch auf eine 2. im Beckenbindegewebe sitzende, nierengroße und nierenförmige Geschwulst, die beim Durchschnitt ihrer dünnen Kapsel mit einer weißgelben, käsigen, homogenen Masse gefüllt erscheint, in der sich kleine blonde Härchen befinden. Tamponade, Heilung. Auch bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte die Wand der Hauptcyste durchaus darmwandartigen Bau (Détails s. Original), während die Wand der 2. kleineren Cyste von der typischen Struktur der Haut war. K. erklärt die beschriebene Geschwulst für eine monogerminale (nicht parasitär bezw. foetus in foetu), wie er denn überhaupt für eine Einschränkung im Gebrauch der Intrafötationstheorie zur Erklärung der teratoiden Sacralgeschwülste eintritt und Entwicklungsstörungen des unteren Stammesendes für viele solcher Fälle als genügende Deutung betrachtet.

Klinisch sind von den kongenitalen Sacralgeschwülsten, gleichviel ob es sich um monogerminale oder parasitäre handelt, besonders diejenigen von praktischer Wichtigkeit, die ganz oder theilweise an der Vorderseite des Steiß- und Kreuzbeins gelegen sind. K. hat von derartigen Fällen 122 tabellarisch zusammengestellt und nach klinischen Gesichtspunkten im Allgemeinen besprochen. Fall 1—10 betreffen todtgeborene Frühgeburten, 11—18 todtgeborene reife Früchte, 19—38 sind im 1. Lebensjahre, 39—42 späterhin spontan gestorben, 43—53 theils gar nicht, theils nicht radikal mittels Punktionen behandelt, 54—122 mit ergiebiger Incision bezw. Exstirpation operirt. Aus dieser Sammlung ergiebt sich zunächst die interessante Thatsache, dass die Träger dieser Geschwulst in überwiegender Mehrzahl weiblichen Geschlechts sind. (Unter 105 Fällen, bei denen das Geschlecht notirt ist, befinden sich 84 weibliche und 21 männliche.) Das Vorhandensein der Geschwulst gefährdet ihren Träger schon im intra-uterinen Leben, da sie zum Tode vor der Reife führen kann, sodann bei der Geburt, die sie erschwert, und die unter Umständen nur durch operative

schwere Eingriffe und unter Absterben des Kindes beendigt werden kann. Des weiteren ist die Lebensfähigkeit der geborenen Pat. häufig ungenügend, sterben viele derselben im 1. Jahre. Sind diese kritischen Perioden aber überwunden, so wird die Aussicht auf längeres Leben günstiger: es kamen Pat. im 2., 3. bis 6. Lebensjahrzehnt zur Beobachtung. Grund ärztlicher Behandlung werden bald die durch die große Geschwulst bewirkten Unbequemlichkeiten, bald chronische, fistulöse Eiterungen, des weiteren aber Druckwirkungen der Geschwulst auf die Organe des Beckens, sowohl auf die Nervenplexus, wodurch Schmerzen, Lähmungen, »Magenkrämpfe« etc. entstehen, als auf den Darm und die Blase, wodurch Kothstockung, Ileus und Ischurie bewirkt werden kann. Bei Frauen endlich können die Entbindungen durch die Geschwulst erschwert werden. Kommt es zu Erwägungen der Therapie, so ist differentialdiagnostisch ganz besonders an Hydrorrachis zu denken. Punktionen, aber auch Incisionen mit Drainage erzielen meist keinen dauernden Erfolg, dagegen hat die Radikaloperation bereits zahlreiche tadellose Erfolge aufzuweisen, und ist ihre Prognose als durchaus gut zu bezeichnen. Die Schnittführung kann bei der großen Verschiedenartigkeit der Fälle keine typische sein und muss jedes Mal den bestehenden topographischen Verhältnissen sich anpassen. (Perineal-, Sacralschnitt etc.) Je weniger hoch die Geschwulst im Becken heraufreicht, um so besser wird sich eingehen lassen. K. zählt 66 operirte Fälle, und zwar 15 im 1. Halbjahr operirt, 8 geheilt, 7 †; 2 im 2. Halbjahr operirt, 1 geheilt, 1 †; 42 nach dem 1. Jahr operirt, davon 33 geheilt, 6 mit Fistel geheilt, 3 †. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

6) **Tietze.** Die chirurgische Behandlung der akuten Peritonitis.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 1.)

T. sucht zunächst die Frage zu beantworten, welche Formen der Peritonitis operirt werden sollen oder dürfen. Da die Wirkung des chirurgischen Eingriffs in erster Linie auf der Entleerung eines Exsudats, so wie auf der Möglichkeit, durch Drainage und Tamponade eine beginnende Entzündung auf ihren Herd zu beschränken, beruht, so ist die Operation indicirt beim Nachweis eines Exsudats, und zwar sowohl bei den diffusen als bei den circumscripten Formen. Ohne Rücksicht auf ein vorhandenes oder fehlendes Exsudat ist der Eingriff vorzunehmen in den ersten Stadien der Perforationsperitonitis, so wie der traumatischen und postoperativen Peritonitis. Ausgeschlossen von der Operation sind die Fälle diffuser septischer Peritonitis und alle die, in denen die Allgemeininfektion zu weit vorgeschritten ist.

T. theilt 15 Fälle aus der Mikulicz'schen Klinik und 10 eigene mit. In diesen 25 Fällen ging die Peritonitis aus je einmal von Magengeschwür, Gallenblase, Typhusgeschwür, Blinddarmgeschwür;

16mal von Perityphlitis; 5mal war sie eine postoperative nach Laparotomien. Geheilt wurden 14, es starben 11.

Unter den geheilten finden sich viele Fälle, in denen es sich um disseminirte, multiple Abscesse handelte.

Tamponade mit Tüchern ist der Drainage vorzuziehen; letztere kommt nur in Anwendung bei tiefliegenden und nicht vollkommen freizulegenden Exsudaten. Spülen wird nicht empfohlen. Bei umschriebenen Formen wird der Schnitt entsprechend dem Sitz des Exsudats gelegt. Bei den diffusen Formen ist der Medianschnitt zu empfehlen; der Schnitt wird ziemlich lang gemacht, eventuell vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse. Nach der Operation wird der Bauch offen gelassen und durch eingestopfte Tücher und Jodoformgazebeutel drainirt.

Haeckel (Stettin).

---

7) **Hampeln.** Über die Beziehungen des Magenfunduscarcinoms und chronischen Milzabscesses zu den Erkrankungen der linken subdiaphragmatischen Gegend.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 1.)

H. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Erkrankungen der im Titel bezeichneten Gegend, deren Differentialdiagnostik bisher wenig ausgebildet ist; die in Frage kommenden Organe: Magen, Milz, Niere, Zwerchfell, liegen so dicht bei einander, dass die örtlichen Kennzeichen sehr ähnliche sein müssen. Am leichtesten wird man noch eine linksseitige Nierengeschwulst erkennen, da dieselbe der Tastung am ehesten zugänglich ist, meist durch Veränderungen im Harn auf das erkrankte Organ hinweist. Dagegen macht das Carcinom des Magengrundes und der chronische Milzabscess so wenig charakteristische Erscheiungen, dass man nicht selten mit der Diagnose in Verlegenheit geräth.

Neben den Störungen des Allgemeinbefindens hilft für die Diagnose besonders ein linksseitiger Pleuraerguss, für den kein sonstiger plausibler Grund zu finden ist, und das lokale Hautödem; von Wichtigkeit ist ferner der lokale Schmerz, während der Nachweis einer Geschwulst durch Tastung wegen der versteckten Lage derselben, Ascites, Meteorismus selten möglich ist.

Unter 7 Fällen von Carcinom des Magengrundes, die H. beobachtete, gelang so doch 5mal die richtige Diagnose. Es ist das um so bemerkenswerther, als dieses Carcinom selbst sehr latent verläuft, während die Komplikationen von Seiten der dem Magen naheliegenden Theile das Krankheitsbild beherrschten: subphrenische Abscesse, Gangrän des Zwerchfells, Milzabscess und -Gangrän, eitrige Pleuraergüsse und Lungengangrän.

Dagegen ließ sich in den 2 von H. mitgetheilten Fällen von chronischem Milzabscess keine präcise Diagnose stellen. Die Ursache des Abscesses blieb in beiden Fällen verborgen. Ein Fall von linksseitigem Nierencarcinom zeigt ferner, wie die charakteristischen

Zeichen desselben unter Umständen durch andere, ihm gewöhnlich fremde Erscheinungen verdeckt werden können.

Es kommen naturgemäß noch zahlreiche andere Erkrankungen, wie das retroperitoneale Lymphosarkom, Abscesse von Wirbelsäulencaries etc., in Frage; doch das sind Seltenheiten; die Hauptrepräsentanten der Erkrankungen der linken subdiaphragmatischen Gegend sind das Funduscarcinom und der Milzabscess, und auf diese muss sich die Differentialdiagnostik in erster Linie richten.

Haeckel (Stettin).

---

8) **Tilmann.** Über die chirurgische Behandlung des Ascites. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 18.)

Angeregt durch eine Beobachtung von Talma versuchte T. der Frage näher zu treten, ob es möglich wäre, die Venengebiete der Vena cava und der Vena portae wechselseitig für einander eintreten zu lassen, d. h. ob bei völligem oder fast völligem Verschluss der Vena portae durch operative Eingriffe die Bildung eines Kollateralkreislaufs befördert werden könnte.

Als Resultat seiner Versuche stellte T. fest, dass, während alle Thiere, bei denen ohne Voroperation die V. portae oder ihr Hauptast, die V. mesenterica, unterbunden wurde, zu Grunde gingen, der Hund, bei dem durch vorherige Verwachsung des Netzes und des Darms mit der Bauchwand für die Bildung von Kollateralen gesorgt war, nicht nur die Ligatur der V. mesenterica, sondern die fast völlige Ligatur der V. portae gut vertrug. Danach dürfte, so weit aus dem einen Falle zu schließen, die Annahme berechtigt sein, dass es auf die angegebene Weise möglich ist, dem Blut der Pfortader sehr ausgiebige Seitenbahnen zu eröffnen.

Vielleicht dürfte demnach ein Versuch, in der angegebenen Weise bei dem durch Pfortaderverschluss bedingten Ascites eine Heilung, bezw. Besserung herbeizuführen, gerechtfertigt erscheinen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

9) **A. Codivilla** (Imola). Contributo alla chirurgia gastrica.

(Bull. delle scienze med. di Bologna 1898/99.)

C. erstattet ausführlich Bericht über die von ihm vorgenommenen Operationen am Magen. Das Material bieten 40 Fälle aus den Jahren 1892—1898; es sind Resektionen, Gastroenterostomien und Pyloroplastik. Die Probelaparotomien und Gastrostomien bei inoperabeln Fällen bleiben außer Betracht. Das Material ist nach allen Richtungen hin kritisch bearbeitet, wobei eine umfassende Kenntnis der gesammten Litteratur bemerkenswerth erscheint. Aus dem reichen Inhalt mögen folgende Punkte hervorgehoben werden. Die Lektüre des Werkes sei wärmstens empfohlen.

Eingehend werden zunächst die Vorbereitungen zum Eingriff, technische Details bei der Operation und die postoperative

Behandlung geschildert. Es wird die Diät sorgfältig individualisirt, ev. rectale, hypodermatische oder endovenöse (künstliches Serum) Ernährung. Bei gutartigen Stenosen, Geschwüren oder bei zweifelhafter Diagnose werden lange und sorgfältige Magenspülungen vorgenommen (im Gegensatz zu Roux, welcher vor ihnen warnt und sich ihrer erst nach dem Eingriff bedient). C. hat nur Gutes von ihnen gesehen, die Funktionen des muskulären Apparats werden unzweifelhaft gehoben. Ohne besondere Schlüsse aus diesem Vorkommnis zu ziehen, bemerkt C., dass von dieser Übung nur in 2 Fällen abgegangen wurde, welche tödlich endeten. Wenn irgend möglich, kommen Abführungen in Anwendung, um jede Möglichkeit einer postoperativen Autointoxikation auszuschließen. Großes Gewicht legt Verf. auch auf die Reinigung des Mundes mit Rücksicht auf die Entwicklung einer späteren Parotitis oder von Pneumonien bei »septischem Zustande der Mund-Rachenhöhle«.

Die Operation wird in Narkose (Äther nach Morphium-Atropin-Injektion) ausgeführt. Die lokalen Vorbereitungen sind die üblichen; Handschuhe kommen nicht in Verwendung. Die Incision ist groß, umfasst gewöhnlich die Nabelnarbe, welche excidirt wird. Die Untersuchung der einschlägigen Partie, welche sorgfältig durch Gazekompressen gleich jetzt abgeschlossen wird, wird so genau als möglich gemacht. Ist eine Resektion angezeigt, so wird nun der Pat. in schräg-aufrechte Lage gebracht, wodurch der Zugang bis ans Zwerchfell erleichtert ist. Der Magen wird mit den elastischen Klemmen Doyen's abgeklemmt, der Darm mit einfachen Clamps nach Roux. Murphy's Knopf hat C. nur selten angewendet (»il suo buon funzionamento è sempre nelle mani di Dio«). Er bedient sich der fortlaufenden Naht aus feinster Seide mit gewöhnlichen geraden, langen »Modistennadeln«. Je ein Faden genügt zur cirkulären Vereinigung einer Schicht, deren er drei (Mucosa, Serosomuscularis, Serosa) anlegt. Die hinteren Hälften der Nähte werden angelegt, die armirten Nadeln bleiben in Gaze gehüllt auf dem Operationsfeld liegen und werden dann in umgekehrter Ordnung wieder verwendet. Dadurch werden viele Knoten entbehrlich. Blutende Gefäße werden nicht besonders versorgt. Zur Bauchdeckennaht nimmt C. Katgut für die tieferen Schichten, Silkworm für die Haut, manchmal extraperitoneal durchgreifende Seidennähte, welche (auffallend) lange liegen bleiben, 15 bis 20 Tage. Der Beginn der Ernährung der Operirten kann, mit Rücksicht auf das reinigende und stärkende Regime vor dem Eingriff, bis zum 2.—4. Tage verschoben werden. Sie verlassen am 10. Tage das Bett. C. hat sich ganz auf den Standpunkt gestellt, dass Magenoperationen auch ohne die Indikation der behinderten Passage auszuführen seien. Auch die Sekretionsanomalien können und werden durch anatomische oder funktionelle Ausschaltung (Anastomosen) geheilt. Dasselbe ist der Fall bei ulcerösen Processen, auch solchen im Duodenum. C. hat als einer der Ersten wegen eines Duodenalgeschwürs, welches jeder Behandlung trotzte, eine Gastroenterostomie

(1893) ausgeführt; noch 5 Jahre nachher befand sich der Kranke vollständig wohl. Auch Pylorusgeschwüre, welche nicht wegen Blutung oder Perforation operirt wurden, befinden sich in C.'s Statistik unter den durch Anastomose mit Ausschaltung nach v. Eiselsberg Geheilten. Ob die direkte Duodenalverdauung in jedem Falle als entbehrlich anzusehen ist, will C. nicht entscheiden. Zweifellos sprechen gewichtige Erfahrungen, wie die Siegel's, Steinheimer's u. A., dagegen. Die Frage der »Sporn- oder Klappenbildung« wird ausführlich erörtert, und alle Vorschläge, um den gefährlichen Ereignissen der Regurgitation etc. zu begegnen, finden eingehende Besprechung. Die beste Lösung findet Verf. in der Anastomose nach Roux in der Form des Y. Von 37 Gastroenterostomien (7 nach Resektion des Pylorus) entfallen 18 auf diese Methode, 7 auf Retrocolica posterior (v. Hacker), 12 auf Wölfler's Anterior antecolica. (Ref. hat in einer Reihe von 14 Anastomosen nach v. Hacker aus den letzten 4 Jahren keinen Fall von Regurgitation, Ileus oder Ähnlichem gesehen.)

Über die Pyloroplastik (1 Fall) spricht sich C. nicht günstig aus: er glaubt, dass ihre Anwendung aus der Praxis verschwinden werde.

Der Resektion will C. jetzt größere Berechtigung zuerkennen, als er es früher (1893) gethan hat. Er unterzieht ihr auch ausgedehntere Geschwülste selbst mit Übergreifen auf die Nachbarorgane (Colon transversum, Kopf des Pankreas, Theil des Jejunum, Netz, Leber, selbstverständlich auch Drüsen). Er wendet hierbei die 2. Billroth'sche Methode (Resektion mit Gastroenterostomie, letztere nach Roux) an. Seine Erfolge gleichen hierin ganz denen anderer Chirurgen, so in Wölfler's Sammelforschung 1896.

Eine genaue Mittheilung der Krankenprotokolle beschließt die Arbeit. 17 Operationen betreffen Magen- und Duodenalgeschwüre mit und ohne Stenosen, reine Pylorusstenosen ohne bösartige Ursache, so wie 1 Dyspepsie. Davon waren 16 Gastroenterostomien, 1 Pyloroplastik. 2 Todesfälle = 11,7% nach der Operation, 3 spätere ohne Zusammenhang mit dieser. Die Übrigen leben gesund, zum Theil seit 6 Jahren. 23 Carcinome wurden operirt, hiervon 15 Gastroenterostomien mit 6 Todesfällen = 40% postoperativ, 6 spätere bis nach 1½ Jahre; 8 Resektionen (s. o.) mit 1 Todesfall = 12,5% postoperativ, einer 8 Monate später; ein Operirter seit 16 Monaten gesund.

J. Sternberg (Wien).

---

10) **Magaigne** et **Blunt.** Note anatomo-pathologique sur les inflammations du diverticule de Meckel.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1899. Mai.)

Die Erkrankungen des Meckel'schen Divertikels verlaufen pathologisch-anatomisch wie klinisch unter demselben Bild wie die Appendicitis. Auch hier wie dort können sich Kothsteine bilden, Fremd-

körper eindringen und zur Perforation führen. Verff. berichten über 2 derartige Fälle.

Borchard (Posen).

---

11) **B. H. S. Collier.** Some details in the treatment of acute intussusception in infants.

(Lancet 1899. August 26.)

Die Diagnose zur rechten Zeit zu stellen ist schwer, da bedrohliche Symptome erst spät auftreten, und die gewöhnliche Flatulenz der Kinder fast dieselben Anfangssymptome machen kann, wie die Intussusception. Die bimanuelle Untersuchung erleichtert die Feststellung der Geschwulst. Klystiere von Wasser oder Wasser und Luft — C. empfiehlt dieselben in Narkose zu machen — haben wenig ermuthigende Resultate ergeben, C. sah oft inkomplete Reduktion, und Wiggin's Statistik giebt für diese Heilversuche eine Sterblichkeit von 75% an.

Da Kinder nach C.'s Erfahrungen große Bauchoperationen nur schlecht vertragen, ersann er eine »kombinirte Methode«; nach Einleitung der Narkose wird Pat. ein Einlauf von Wasser gegeben. Jedes Mal stieg die Geschwulst dann herunter, und eine kleine Incision genügte, die Intussusception freizulegen und zu reduciren. 3 so operirte Kinder genasen.

Scheffer (London).

---

12) **S. Talma.** Chirurgische Öffnung neuer Seitenbahnen für das Blut der Vena portae.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 38.)

Verf. schlägt vor, in geeigneten Fällen von atrophischer Lebercirrhose mit Ascites bei erhaltener Funktion der Leberzellen die Leber oder das große Netz an die Bauchwand festzunähen. Seine Idee entsprang der Beobachtung, dass sich von gelegentlich nach Operationen aufgetretenen Verwachsungen der Leberoberfläche mit der Bauchwand aus ein reiches Adernetz entwickelt. T. berichtet nun über einen 9jährigen Knaben mit atrophischer Cirrhose und Hinderung der Blutzufuhr aus der Vena portae, bei welchem trotz 5maliger Paracentese und einmaliger Incision der Bauchhöhle die Flüssigkeit nach kurzer Zeit immer wieder zurückkehrte. Daraufhin wurde das große Netz in der Bauchwand und die Gallenblase an der Bauchwand festgenäht; es entwickelte sich ein starker kollateraler Blutstrom aus dem Portalsystem durch die Bauchwand, und der Ascites blieb aus. Ungeachtet dieser erzielten Erscheinungen nahmen die Dimensionen der Milz zu, sie wurde zwischen den Muskeln und der Haut des Bauchs festgenäht und verkleinerte sich darauf bedeutend. Der Kranke wurde vollkommen gesund, auch nach 2 Jahren konnte sich T. von seinem Wohlbefinden überzeugen. T. empfiehlt also die Anheftung des großen Netzes und, wenn nöthig, der Milz an die Bauchwand bei starker venöser Stauung in der Pfortader, indicirt durch Hinderung der Abfuhr des Bluts aus derselben durch die Leber, wobei gute Funktion

der Leberzellen unbedingt nothwendig ist für ein befriedigendes Resultat.

Eine Gefahr würde mit der Operation dann verbunden sein können, wenn zu viel von dem Blut aus den Därmen in die verschiedenen Körpertheile käme, ohne die Leber passirt zu haben.

Gold (Bielitz).

Kleinere Mittheilungen.

13) K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 21, 22, 24 u. 25.)

Sitzung vom 19. Mai 1899.

Weinlechner demonstrirt eine Frau, welche viermal laparotomirt worden ist.

Die 55 Jahre alte Frau wurde zum 1. Mal 1894 wegen Stenosis pylori von Fränkel operirt. Resectio pylori. Es fand sich damals nur eine Hypertrophie der Pylorusmuskulatur, keine Narben, kein Neoplasma. 2 Jahre später wurde sie wegen einer Geschwulst in der Ileocoecalgegend von Gersuny operirt. Es fanden sich mehrfache peritoneale Verwachsungen in der Ileocoecalgegend. Der Processus vermiformis, in welchem ein trockener Kothklumpen liegt, wird resecirt; stellenweise war die Schleimhaut zerstört. Dabei wird die nach der 1. Operation aufgetretene Bauchhernie operirt. 2 Monate später wegen neuer Adhäsionen Operation im Rudolfinerhaus. Wieder knapp 2 Jahre später Operation von W. wegen erneuter Pylorusstenose (tägliches Erbrechen), Gastroenterostomie nach v. Hacker. Der Pylorus fühlte sich etwas dicker als normal an. Pat. nimmt danach $9^1/_2$ kg zu. 14 Tage vor der letzten Operation trat ein hystero-epileptischer Anfall von $^1/_4$stündiger Dauer ein.

In der Diskussion erwähnt Zinsmeister einen Fall von Ösophagusstriktur, bei welchem nach Besserung der Striktur nach Bougieren Erscheinungen von Pylorusstenose sich einstellten. Wegen des schlechten Allgemeinzustands legte Z. eine Jejunostomie an, die in einer 2. Sitzung, nachdem Pat. sich erholt hatte, verschlossen wurde. Dabei wurde eine narbige Pylorusstenose konstatirt, welche auch für eine feine Sonde undurchgängig war. Anlegung einer Gastroenterostomie brachte Heilung. Auch die Erscheinungen der Ösophagusstenose sind seitdem (3 Monate) geschwunden.

Ullmann berichtet im Anschluss an Hochenegg's Demonstration in der Sitzung vom 12. Mai d. J. (s. d. Centralbl. No. 34 u. 37) über 2 Fälle von Gallenblasenperforation.

Im 1. Falle fand sich eine diffuse Peritonitis, die Gallenblase geschrumpft, an der unteren Fläche Perforationsöffnung. Resektion der Gallenblase. Tod.

Im 2. Falle gleichfalls diffuse Peritonitis, in der Bauchhöhle finden sich 9 Gallensteine und gallige, klebrige Flüssigkeit. Drainage der Gallenblase und der Bauchhöhle. Heilung.

Paltauf demonstrirt Präparate einer Polyposis des Magens und des Darms von einem 19jährigen Mädchen.

Frank hatte einen 23 cm langen Mastdarmvorfall operirt. 1 Monat später starb Pat., nachdem sie über Schmerzen im Bauch geklagt und reichliche dünnflüssige Entleerungen gehabt hatte. Bei der Obduktion fand sich eine diffuse Peritonitis, ausgehend von einer ca. 40 cm langen Invagination des untersten Ileums in das Colon mit beginnender Gangrän des Intussusceptums. Dickdarm, Dünndarm, Duodenum und Magen wiesen mehr oder minder große und zahlreiche, theils traubige, theils längliche, oft recht lang gestielte Polypen auf.

Sitzung vom 26. Mai 1899.

Frank demonstrirt einen Fall von Dickdarmresektion mit Murphyknopf.

Dem Murphyknopf wohnen neben vielen Vorzügen auch große Gefahren bei. Es kommt vor, dass der Knopf der Richtung des Stroms der Kontenta entgegengesetzt wandert. Bei der Gastroenterostomie geräth der Knopf sehr häufig in den Magen. F. beobachtete in einem Falle von Anus praeternaturalis im hinteren Scheidengewölbe, in welchem er per laparotomiam $1^1/_4$ m Dünndarm resecirte und die Enden mittels Murphyknopfs vereinigte, und der in der 5. Woche nach 2wöchentlichem glatten Verlauf an schweren Diarrhöen und Peritonitis zu Grunde ging, dass der Murphyknopf nach aufwärts gewandert, in eine am Becken fixirte Schlinge gerathen war. Hier hatte er eine heftige Enteritis im Dünn- und Dickdarm erzeugt, welche zu einer Eiterung um den Blinddarm mit sekundärer Peritonitis geführt hatte.

Andere Misserfolge beruhen auf Decubitus durch den Knopf, ev. vollständigem Klaffen der Vereinigungsstelle. Eine große Gefahr bildet die Verstopfung des Knopfkanals und dadurch bedingte Berstung der Vereinigungsstelle durch Kothdruck. Dies Ereignis wurde mehrmals am Dickdarm beobachtet, und daher von der Klinik Czerny die Parole ausgegeben, zur axialen Vereinigung am Dickdarm den Knopf nicht anzuwenden.

F. hat nun in einem Falle von umfangreichem Carcinom der Flexura sigm. bei einem 57jährigen Pat., bei dem wegen Verwachsung der Geschwulst mit den Bauchdecken und Exstirpation von Gekrösdrüsen die Operation eine sehr eingreifende war, der schnelleren Beendigung wegen die Dickdarmenden mit einem Knopf mittlerer Größe vereinigt. Vollkommener Erfolg; der Knopf ging am 11. Tage ab. F. räth, in der Nachbehandlung die Nahrungsaufnahme äußerst zu beschränken und mit Opium nicht zu sparen.

Sitzung vom 9. Juni 1899.

Schopf stellt eine Frau vor, bei welcher er vor einem Jahre wegen Lymphosarcoma ventriculi eine Resektion fast des ganzen Magens vorgenommen hat.

Die sehr elende Pat., die fortwährend brach, wies eine kindskopfgroße Geschwulst im Bauch auf, die in der Mitte bis 2 Querfinger über die Symphyse, links bis zum Darmbein reichte. Da sie sehr gut beweglich war, wurde am 14. Mai 1898 die Operation vorgenommen.

Es zeigten sich nach Eröffnung des Bauches zahlreiche Drüsen im großen und kleinen Netz bis auf Nussgröße geschwellt und die Neubildung fast den ganzen Magen einnehmend. Um die Drüsen mit entfernen zu können, mussten beide Netze in der ganzen Ausdehnung des Magens abgebunden werden. Der Magen wurde 2 Querfinger unterhalb der Cardia und am Duodenum 1 Querfinger hinter dem Pylorus durchtrennt und, da weiter keine Verwachsungen vorhanden waren, leicht entfernt. Das Duodenum konnte mit dem kardialen Rest des Magens vereinigt werden. Günstiger Verlauf; Pat. konnte am 20. August geheilt entlassen werden.

Der Magen war in seinen unteren 2 Dritteln von einer harten, knolligen Geschwulstmasse, die sich mikroskopisch als Lymphosarkom erwies, eingenommen, welche die Lichtung des Pylorus ganz aufhob, während an dem kardialen Ende sich noch ein 3 Finger breites, von der Neubildung freies, doch hypertrophisches Stück Magenwand befand.

Der Pat. geht es wohl, sie hat an Gewicht zugenommen (1 Jahr nach der Operation) und verdaut ihre gewöhnliche Kost ohne Beschwerden. Nur fühlt sie sich bei kleineren und öfteren Mahlzeiten wohler.

Sitzung vom 16. Juni 1899.

Harmer demonstrirt einen Fall von geheilter narbiger Verwachsung des Kehlkopfs.

Pat. wurde vor 19 Jahren wegen Krup tracheotomirt, die Kanüle blieb aus unbekannten Gründen liegen, und eine von Störk begonnene Dilatationskur wurde abgebrochen. Pat. blieb 16 Jahre ohne jede Behandlung, in Folge dessen sich eine gänzliche Verwachsung des unteren Kehlkopfabschnitts bis in die Höhe der Stimmbänder mit absoluter Undurchgängigkeit für Luft eingestellt hat. Störk durchtrennte mit einem Kehlkopfmesser das sehr resistente Narbengewebe, und durch diese künstlich geschaffene Öffnung wurde an einem Seidenfaden ein dünnes Drainrohr durchgeführt; allmählich folgten immer stärkere, bis englische Bougies Nr. 17—20 eingeführt werden konnten. Nachwuchernde Granulationen wurden abgetragen und zerstört. Nach 4monatlicher Behandlung mit Schornsteinkanüle entlassen. Nach $1/2$ Jahr Schluss der Trachealfistel.

Pat. spricht mit lauter, etwas rauher Stimme. Es scheint, da der Befund im Kehlkopf nunmehr seit 8 Wochrn unverändert geblieben ist, vollständige und dauernde Heilung eingetreten zu sein. **Hübener** (Dresden).

---

14) Bulletins de la Société anatomique de Paris. November 1898.

1) R. Loewy. Sur une forme rare d'appendicite avec symptômes d'occlusion intestinale.

Ein 21jähriger Tischler erkrankt plötzlich an Schmerzen in der rechten Fossa iliaca und Stuhlverhaltung. Trotz mit Erfolg gegebener Abführmittel keine Besserung der Schmerzen. Vom 6. Erkrankungstage ab absolute Stuhlverhaltung. Am 8. Tage sucht Pat. das Spital auf. Es besteht mäßiges Fieber, aufgetriebener Leib, Schmerzen hauptsächlich in der Gegend des MacBurney'schen Punktes, Dämpfung und Resistenz rechts ein wenig oberhalb des Blinddarms, leicht ikterische Färbung der Conjunctivae. 6 Tage später ist die Temperatur normal, der Leib dünner geworden. An Stelle der Resistenz findet man eine wenig bewegliche und vollkommen schmerzlose, harte Geschwulst, die ziemlich weit nach oben reicht. Deutlicher Ikterus. Absolute Stuhlverhaltung und hochgradige Schwäche, da Pat. fast nichts zu sich nimmt. Man denkt an die Möglichkeit einer Neubildung und nimmt die Laparotomie vor, die in Folge ausgedehnter Verwachsungen eine Orientirung nicht gestattete. Anlegung eines Kunstafters auf der rechten Seite. Tod 7 Tage später.

Die Sektion ergiebt Folgendes: Keine Peritonitis, Dünndarmschlingen stark gebläht und nur kurz oberhalb des Kunstafters etwas dünner, nirgends eine Darmverengerung. Die letzten Ileumschlingen bilden einen untrennbaren und mit dem Blinddarm verwachsenen Knäuel. Hinter dem Blinddarm, von diesem nach vorn begrenzt, findet sich eine mit gelbgrünlichem, stinkendem Eiter erfüllte Höhle. Am Blinddarm selbst 2 Perforationsöffnungen, die eine entsprechend der Basis des Wurmfortsatzes, welcher an seinem Ursprung völlig abgerissen erscheint, und die zweite an der äußeren und unteren Wand des Blinddarms. Beide kommuniciren mit der Abscesshöhle. Der abgerissene Wurmfortsatz ist mit der oberen inneren Wand des Blinddarms verklebt. Netz und Gekröse stark verdickt. Der rechte Leberlappen auf 3 Querfinger breit, der linke Leberlappen fast vollständig eitrig infiltrirt, daher das klinische Symptom des Ikterus.

2) R. Le Fur. Appendicite. Péritonite enkystée avec abcès appendiculaire. Rupture de la poche et péritonite septique diffuse.

Schlächter, hatte 4 Monate vorher einen rasch vorübergehenden Anfall von Appendicitis durchgemacht. Recidiv 8 Tage vor dem Eintritt ins Spital, mit Erbrechen, Durchfall und Schmerzen in der rechten Fossa iliaca beginnend.

Bei der Aufnahme vorzüglicher Allgemeinzustand, guter Puls, mäßige Temperatur, Schmerzen in der Gegend des MacBurney'schen Punktes sehr lebhaft,

rechts und nach unten vom Nabel eine Anschwellung wahrnehmbar. Das Erbrechen dauert fort. Mit dem guten Befinden kontrastirt die bleigraue Gesichtsfarbe und die ikterische Färbung der Conjunctivae. Urin enthält reichlich Gallenfarbstoffe. Tags darauf die Erscheinungen der diffusen septischen Peritonitis, sofortige Laparotomie mit Entleerung einer großen Menge trüber Flüssigkeit und kurz nach der Operation Tod.

Die Sektion ergiebt einen periappendikulären Abscess. Der Wurmfortsatz selbst ist nicht perforirt und auch in seinem Innern nicht wesentlich verändert. Es besteht keine Striktur. Die Schleimhaut des Blind- und Dünndarms bietet noch die Erscheinung einer infektiösen Folliculitis. **F. Hansen** (Herborn).

15) **Mühsam.** Fisteln, insbesondere Kothfisteln nach Appendicitisoperationen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 1.)

Unter 441 Fällen von Perityphlitis aus Sonnenburg's Thätigkeit kam es 25mal zu Eiter resp. Serum secernirender Fistel, 49mal zu einer Kothfistel.

Die erstere Gruppe von Fisteln entsteht entweder durch Zurückbleiben von Ligaturen, nach deren Abstoßung Heilung eintritt, oder dadurch, dass der Wurmfortsatz in die Fistel mündet. Letzteres kommt zu Stande, wenn der Wurmfortsatz bei seiner Exstirpation nicht exakt übernäht werden konnte, oder weil er abriss oder überhaupt nicht gefunden wurde. Von diesen 25 Fisteln heilten 15 spontan vollständig oder doch so, dass keine Belästigung bestand; 10 wurden operirt, alle geheilt. Die Operation bestand im Verfolgen der Fistel und Exstirpation des zurückgebliebenen Stumpfes des Wurmfortsatzes resp. Naht des Lochs im Blinddarm. Fast ausnahmslos wurde nach der Operation die Wunde mit Schürzentamponade nach Mikulicz behandelt.

Die Kothfisteln entstanden entweder aus gleichem Anlass wie die vorige Gruppe oder in Folge von Arrosion der Darmwand durch Eiterung, bisweilen Tuberkulose, oder Verletzung des Darms bei der Operation. Von diesen 49 Kothfisteln sind spontan geheilt oder erheblich gebessert 31, wenig gebessert 1, operirt wurden 8; gestorben sind 12, darunter 3 Operirte. Die Todesursachen waren 3mal Tuberkulose, 1mal Nachblutung, 6mal Peritonitis, 1mal Ileus durch Knickung, 1mal Entkräftung. Die Operation bestand theils in Zunähen des Lochs im Darm, theils in Resektion der fistulösen Darmpartie. Sollte die Resektion nicht möglich sein, so käme die Darmausschaltung in Frage.

(Die an sich verdienstvolle Arbeit ist entstellt durch zahlreiche Druckfehler, widersinnige Interpunktionen, Flüchtigkeiten. Ref.) **Haeckel** (Stettin).

16) **D. Macartney** (Glasgow). A case of hydrocele of the femoral hernia.

(Lancet 1899. September 9.)

M. fand bei der Operation eines Schenkelbruchs einen halbfaustgroßen, mit der Umgebung fest verwachsenen Netzklumpen. In demselben fand sich eine frische Hämorrhagie von etwa Walnussgröße, die fast dieselben Symptome machte, wie eine Incarceration. An der medialen Seite des Netzklumpens fand sich als Rest des Bruchsacks ein mit seröser Flüssigkeit gefüllter Sack, der nicht mit der Bauchhöhle kommunicirte. **Scheffer** (London).

17) **Fleischhauer.** Über einen seltenen Fall von Pylorusstenose, verursacht durch einen Gallenstein (Pylorusresektion, Cholecystektomie).

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 17.)

Es handelte sich im vorliegenden Falle um ein 37 Jahre altes Fräulein, das einen Typhus abdominalis überstanden und bei dem sich ein ileusartiger Zustand ausgebildet hatte, ohne dass je Ikterus bestanden hätte. Bei der sehr elenden Pat. ergab die Laparotomie eine über faustgroße Konglomeratgeschwulst, in deren Mitte sich die Gallenblase befand, aus der nach Incision 45 Steine entleert wurden.

Ein letzter großer Stein zerbrach bei der Entfernung, und es ergab sich, dass er in einem Loch stak, das an der Stelle des Pylorus die perforirte Gallenblase mit dem Magen verband; die Perforation befand sich in der Mitte eines großen Geschwürs. Auch die Umgegend war von Geschwüren durchsetzt, so dass F. der Pyloroplastik die Resektion des Pylorus vorzog, die mittels des Murphyknopfs ausgeführt wurde; die Gallenblase, die den Verdacht bösartiger Degeneration bot, wurde alsdann entfernt. Pat. überstand die Operation und erholte sich. Noch 3 Wochen lang bestand nach dem Eingriff indessen Acholie.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

18) Wissenschaftliche Ärztegesellschaft in Innsbruck.

(Aus der Sitzung vom 2. Juni 1899.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 18.)

v. Hacker stellt aus seiner Klinik eine 20jährige Dienstmagd vor, die in diesem Jahre dort 2mal am Magen operirt wurde (Gastroenterostomie und Gastrotomie).

Wegen schwerer Erscheinungen von Geschwür, die durch eine innere Therapie nicht beeinflusst werden konnten, wurde im Februar 1899 von Dr. Sturm die Gastroenterostomie mit dem Murphyknopf nach der v. H.'schen Methode ausgeführt. Pylorus selbst war gut durchgängig, aber dicht an demselben fand sich ein frisches Geschwür. Der Verlauf war reaktionslos, der Knopf nach 4 Wochen noch nicht abgegangen. 7 Wochen nach der Operation kam die Pat. wieder, der Knopf war noch nicht abgegangen, Pat. klagte über drückende Schmerzen im Magen, die besonders des Nachts auftraten. Links vom Nabel konnte ein harter, kugliger, wenig verschiebbarer Körper getastet werden, der — wie eine Röntgenphotographie nachweist — der vermuthete Knopf ist.

Am 10. Mai machte v. H. die Gastrotomie, um den an der Vereinigungsstelle von Magen und Darm noch festsitzenden Knopf zu entfernen und so den durch den Fremdkörper drohenden Gefahren zu begegnen. Es wurde der Magen mitsammt dem Quercolon extraperitoneal gelagert und von einem parallel mit den Gefäßen verlaufenden (senkrechten) Schnitt der Magen eröffnet. Ein Assistent drückte von hinten den Knopf vor. Der Versuch, den Knopf mit dem Schlüssel zu öffnen (Windler'scher Knopf), misslingt, es muss daher der Knopf cirkulär herausgeschnitten werden. Der Schnitt geht dabei durch die Schleimhaut und das Narbengewebe, es bleibt jedoch eine innige Vereinigung zwischen Magen und Darm bestehen. Schluss der Magenöffnung. Pat. ist jetzt von ihren Beschwerden befreit.

v. H. glaubt, dass ein ungenügendes Zusammenpressen beider Knopfhälften in dem vorliegenden Falle Schuld an der mangelhaften und unvollständigen Nekrotisirung der Darm- und Magenwand gewesen sei. **Hübener** (Dresden).

19) H. v. Schrötter. Zur Kenntnis der Gasabscesse der Bauchwand.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 28—30.)

Im Anschluss an einen selbstbeobachteten Fall entwickelt v. S. neue Ansichten über die Entstehung und Natur der Gasphlegmone in der Bauchwand. Sein Fall betraf einen 67jährigen Kaufmann, der im Anschluss an einen Sturz eine Geschwulst im linken Hypogastrium bekam. Dieselbe wuchs langsam und kam erst 5 Monate später zur Operation. Die klinische Diagnose lautete bereits auf Bauchdeckenabscess mit Ansammlung von Gas. v. S. punktirte zuerst die Geschwulst und fing das Gas auf, dann wurde der ganze Abscess gespalten. Derselbe enthielt graugrünlichen, dicken, kothig riechenden Eiter; von seinem oberen Ende ging ein Fistelgang in die Tiefe, der blind zu endigen schien. Die Höhle wurde tamponirt; rasches Aufhören der Eiterung und glatter, reaktionsloser Wundverlauf. Nach 14 Tagen war Pat. geheilt.

Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab in der Hauptsache Colibacillen. Von anderen, bei verschiedenen Gasphlegmonen beschriebenen Bakterienformen fand sich nichts. Im Gegensatz hierzu stand das Ergebnis der Gasanalyse,

indem diese einen hinsichtlich des Vorhandenseins von Bact. coli auffallend niedrigen Gehalt von Wasserstoff und eine große Stickstoffmenge lieferte. Trotz des Befunds von Colibacillen ist v. S. der Ansicht von Hitschmann und Lindenthal, dass dieselben nicht Ursache der Gasbildung sein können. Für seinen Fall nimmt er an, dass Darmgase in die Abscesshöhle gelangt seien, mithin das Vorhandensein von Gas als etwas Sekundäres aufgefasst werden müsse. Er glaubt, dass es sich um den Ausgang eines bereits abgeschlossenen epityphlitischen Processes gehandelt habe, der durch oder unter Mitbetheiligung des Bact. coli zu Stande gekommen war.

v. S. folgert, dass man die Begriffe Gasphlegmone bezw. Gasabscess von Abscessen mit Gas klinisch und pathologisch zu trennen habe. Für die ersteren handelt es sich um Gasbildung, die durch die biologischen Vorgänge der ätiologisch bedeutsamen anaëroben Bakterien bedingt ist; bei letzteren ist die Gasbildung nur als ein sekundärer, durch besondere Umstände veranlasster Vorgang aufzufassen.

Diese Auffassung dürfte die noch widerstreitenden Anschauungen über die Natur der gashaltigen Abscesse zu einigen im Stande sein.

Jaffé (Hamburg).

20) **R. Göbell.** Ein Bauchwandcarcinom der Regio epigastrica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 347.)

In der Greifswalder Klinik gelangte ein 60jähriger, an Magenbeschwerden leidender und desshalb carcinomverdächtig gewordener Pat. zur Operation. Eine haselnussgroße, in der Mittellinie oberhalb des Nabels sitzende, subkutane Geschwulst machte den Eindruck einer lipomatösen Hernia epigastrica und erschien auch bei der nichts Besonderes bietenden Exstirpation als stark bindegewebiges, einfaches Lipom. Als solches erwies sie sich indess bei der mikroskopischen Untersuchung nicht, vielmehr zeigten sich hierbei Epithelialkrebszellennester in drüsenartigen Schläuchen mit Gewebsveränderungen, wie sie für Gallertkrebs charakteristisch sind. Auch Prof. Grawitz erklärte die Geschwulst für einen Gallertkrebs, und zwar für einen metastatischen. Da der Pat. bald nach der Operation marastisch zu Grunde ging, auch eine undeutliche Resistenz in der Pankreasgegend bei ihm fühlbar geworden war, ist es wahrscheinlich, dass bei ihm ein primärer Magen- oder Darmtumor vorgelegen hat. Überhaupt scheinen bislang sicher nachgewiesene Fälle primärer Bauchwandcarcinome der Regio epigastrica noch nicht vorzuliegen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) **Porges.** Über die Gefahren bei Anwendung des Murphy'schen Knopfes.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 22.)

In einem Falle von Pylorusresektion wegen Carcinom musste Hochenegg die Resektion eines großen Theils des Quercolons vornehmen. Wegen bedrohlicher Schwäche der Pat. wurden die beiden Dickdarmlichtungen mittels Murphyknopfes vereinigt. 3mal 24 Stunden später Tod. Sektion zeigte eine diffuse eitrige Peritonitis. Magen stark angefüllt, dilatirt. In Folge der starken Spannung des Magens hatten einige Nähte durchgeschnitten, und Mageninhalt war durch die entstandenen kleinen Lücken ausgeflossen. Die durch den Knopf vereinigten Dickdarmenden lagen exakt an einander. Beim Aufschneiden des Duodenums zeigte sich, dass der Murphyknopf die Lichtung des Duodenums komprimirt hatte, so dass es zur Stauung des Mageninhalts und in Folge dessen zum Durchschneiden der Nähte gekommen war. **Hübener** (Dresden).

22) **J. J. Clarke.** A case of congenital atresia of the bowels.

(Lancet 1899. August 26.)

In diesem Falle war der Darmkanal derart unterbrochen, dass der Dünndarm blind in der Bauchhöhle endigte, und zwar in der Nähe des Übergangs in den Dickdarm; von dem Dünndarmende zum Anfang des Dickdarms zog sich eine

freie Gekrösfalte hin. Das blinde Dünndarmende hatte eine feine Perforation mit nekrotischen Rändern; aus dieser entleerte sich Meconium in die Bauchhöhle.

Scheffer (London).

23) **Leopold** (Dresden). Schwerer Ileus, entstanden durch einen Narbenstrang nach Ovariotomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 28.)

Bemerkenswerth ist in dem Falle 1) das sehr späte (11 Jahre) Auftreten des Ileus nach erfolgter Ovariotomie, 2) das Bestehen einer doppelten Abschnürungsstelle, einmal zwischen Uterushorn und Beckenwand und ferner zwischen ersterem und dem um seine Achse gedrehten Blinddarm und 3) das Durchschlüpfen einer 20 cm langen Ileumschlinge durch die Lücke. Trotz der wohl 10 Tage lang bestehenden Darmabschnürung, der starken Injektion aller Därme und der tiefen, fast schwarzen Verfärbung der Schnürfurchen erfolgte nach Trennung der Narbenbrücken bei der Operation glatte Heilung. **Kramer** (Glogau).

24) **Schlatter** (Zürich). Über die Verdauung nach einer Dünndarmresektion von ca. 2 m Länge.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1899. No. 14.)

Ein 23jähriger Italiäner erlitt einen Messerstich in den Unterleib. 9 Stunden danach wurde der eben so lange ausgetretene, stark geschädigte Darm, ausschließlich Ileum, im kollabirten Zustand 192 cm messend, in Äthernarkose resecirt. Vernähung der Darmlichtungen. Abgesehen von einer heftigen allgemeinen Urticaria am 4. Tage, ist der Heilverlauf fieberfrei; das Körpergewicht nahm innerhalb von 3 Wochen um 9 kg zu.

Von Dr. Plaut wurde eine Untersuchung der Ausnutzung der eingeführten Eiweißstoffe und Fette vorgenommen. Man ließ dem Pat. nach Möglichkeit die Wahl der Speisen und ihrer Menge. Er nahm erstaunliche Mengen von Stickstoff und Fett auf. Die Ausgabeskala zeigte einen an der oberen Grenze des Normalen liegenden Stickstoffverlust im Koth. Aus der Bilanz ließ sich ein Mittel von 10,47% entnehmen. Dagegen war die Fettausnutzung verschlechtert, im Mittel fanden sich 13,91%, mit Schwankungen zwischen 9,47 und 20,26% unausgenutzten Fettes. Aber nur bei ruhigem Verhalten und genügender Ernährung nach Wahl war das Befinden des Operirten dauernd ein gutes. Denn als derselbe, in seine italiänische Heimat zurückgekehrt, kompaktere, alltägliche Speisen genießen musste, ging er in seiner Ernährung und in seinem Allgemeinbefinden zurück. Die Beobachtung erstreckt sich bis zum 8. Monat nach der Operation.

S. kommt zu dem Schluss, dass die Verdauung auch bei jugendlichen Personen durch Resektionen von über 2 m Länge ernstlich gefährdet werden kann, falls nicht für eine passende Ernährung gesorgt ist. **P. Stolper** (Breslau).

25) **C. Fenger.** Entero-plastic operation to overcome or prevent stenosis, with especial reference to the spur in preternatural anus.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. April.)

F. beschreibt ausführlich einen Fall, in dem er einen über 1 Jahr lang bestehenden widernatürlichen After mit ausgesprochener Spornbildung dadurch heilte, dass er den fistulösen Theil durch Excision in eine longitudinale Wunde verwandelte, welche er (nach Art der Heineke-Mikulicz'schen Plastik) quer vereinigte. Wie weit die Excision der fistulösen Partie dabei gehen muss, geht daraus hervor, dass die Fistelöffnung 2 cm im Durchmesser betrug, die Öffnung im Darm nach Excision der Fistel 3 Zoll. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 44. Sonnabend, den 4. November. 1899.

Zur Radikaloperation von Cruralhernien nach Fritz Salzer.

Von

Primärarzt Dr. **A. Brenner,** Linz a/D.

Im Jahre 1892 hat der leider zu früh verstorbene Utrechter Prof. Fritz Salzer in No. 33 dieser Zeitschrift einen Vorschlag zur Radikaloperation großer Cruralherien gemacht, der dahin geht, aus der bei älteren Personen regelmäßig derberen Muskelhülle des M. pectineus (der Fascia pectinea) einen halbmondförmigen, mit der Basis am Pecten ossis pubis haftenden Lappen zu bilden und an das mediale Drittel des Poupart'schen Bandes zu vernähen.

Salzer hat damit in einem so operirten Falle vollständigen Erfolg erzielt. Es lag nun sehr nahe, die bei jüngeren Personen schwache Fascia pectinea durch Theile des unterliegenden Muskels zu verstärken und so eine im Allgemeinen auch besser ernährte und massigere Gewebspartie als Verschlussklappe des Schenkelkanals zu verwenden. Auch diese Idee ist bereits von anderer Seite zur Ausführung gebracht worden.

M. Schwarz[1] theilte auf dem 7. französischen Chirurgenkongress mit, dass er bei einer großen Cruralhernie aus dem Adductor minor einen 6 cm langen Muskellappen herausschnitt, welcher mit dem Stiel gegenüber dem Cruralring hing und mit seinem freien Rand an den oberen Rand der Bruchpforte, an die Gefäßscheide und die Fascia pectinea vernäht wurde. Der Kranke wurde mit einem Bruchband entlassen. Schwarz hat diese Methode auch bei Inguinalhernien 4mal angewendet. Noch ähnlicher scheint das Vorgehen von Davis[2], dessen Abhandlung mir nicht zugänglich war. Nach dem Referat von Herrn Tietze, Breslau, im Centralblatt für Chirurgie 1896 p. 427 deckt er nach Versorgung des Bruchsackhalses die Bruchpforte mit dem M. pectineus.

Der Gedanke, die Bruchpforte des Schenkelkanals von außen her durch einen Lappen aus dem Bruchbett zu verschließen, ist also von verschiedenen Seiten gefasst und durchgeführt worden — zuerst wohl von F. Salzer — und es dürfte daher berechtigt sein, diese Methode nach ihm zu benennen. Im Nachfolgenden will ich versuchen, den Gang der Operation und die mit derselben erzielten Erfolge mitzutheilen.

Nach Freilegung des Bruchsacks, Isolirung und Entleerung desselben, wird derselbe möglichst stark nach abwärts gezogen, hoch oben am Hals umstochen, und mit dem Thermokauter oder der Schere abgetragen, worauf der Ligaturstumpf gewöhnlich hinter das Poupart'sche Band zurückschlüpft. Das Bett des Bruchs ist nunmehr von lockerem Zellgewebe mit eingelagerten Drüsen ausgefüllt, welche den M. pectineus bedecken; zur Freilegung desselben wird dieses Gewebe vom Pecten ossis pubis, bezw. von der Bruchpforte beginnend, mit dem Finger stumpf abgeschoben und durch breite Schaufelhaken nach innen und außen abgehalten.

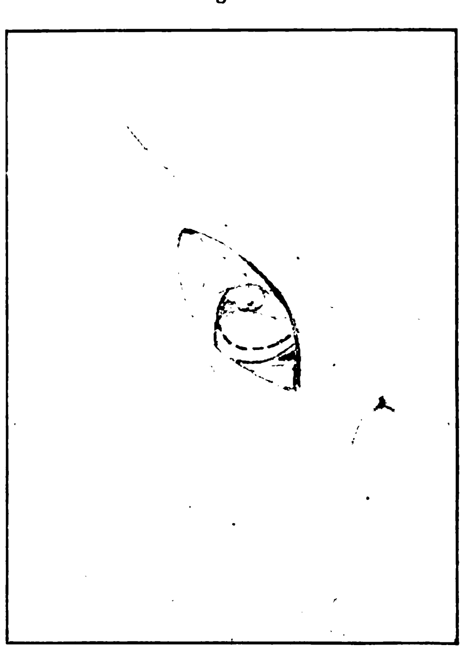
Das nun freiliegende Operationsgebiet der grau schimmernden Fascia pectinea ist oben vom Kamm des Schambeins, außen von dem hinter der Fascia lata und den Drüsen gelegenen und geschützten Gefäßstrang, innen vom Innenrand des Pectineus begrenzt — im unteren Winkel desselben zieht hinter der Fascia pectinea ein bogenförmig verlaufendes Gefäßbündel, Äste der Art. und V. femoralis. (Fig. 1). Je nach der Weite und Höhe der Bruchpforte wird nun aus der Fascie und dem M. pectineus ein 2—3 cm hoher bogenförmiger Lappen herausgeschnitten, dessen Basis am Kamm des Schambeins liegt, dessen freier Rand außen an der V. femoralis beginnt und in der Nähe des Tuberculum pubicum endet. Setzt man das Messer bei Bildung des Lappens schräg nach hinten und oben, so entsteht ein keilförmiger Lappen mit dem Rücken gegen das Schambein zu, welcher sich von selbst mit dem freien Rand nach aufwärts stellt, so dass er ohne jede Spannung mit den Rändern der Bruchpforte vernäht werden kann,

[1] Revue de chir. 1893. No. 5.

[2] Davis, On the treatment of the sac in operation for the radical cure of hernia. Annals of surgery 1896. Januar.

und zwar oben mit dem unteren Rand des (bei Herniotomien eingekerbten) Poupart'schen Bandes, außen mit dem Gewebe vor dem Gefäßbündel, so dass nur an der Innenseite der Vena femoralis ein feiner Spalt übrig bleibt. Nach der Vernähung des Lappens, zu der etwa 5 feine Seidennähte genügen, bleibt im Pectineus eine flache muldenförmige Wundfläche zurück, welche Mulde in den von mir später untersuchten Fällen auch an Stelle der Operation sichtbar war. Der Pectineuslappen heilt in der neuen Stellung fest und bildet ein Widerlager gegen andringende Eingeweide. Wenn auch die Abbindung und Entfernung des Bruchsacks in einer großen Zahl von Fällen genügt, ein Wiederkehren des Bruchs zu verhindern, so ist ohne Zweifel die Herstellung dieses 2. Hindernisses ein wesentliches Mittel, die Sicherheit des Erfolgs einer Radikaloperation zu erhöhen und — seltene Fälle ausgenommen — zu verbürgen.

Fig. 1.



Zudem ist die Ausführung der Operation sehr einfach und gefahrlos; eine Schwierigkeit bietet nur der oben erwähnte Verlauf des Gefäßbogens im unteren Winkel der Operationswunde, der zumeist an der Stelle liegt, an welcher der Bogenschnitt zu machen ist; geht man über den Gefäßbogen nach abwärts hinaus, so wird der Lappen zu groß, bleibt man über dem Bogen, so wird er leicht zu klein; außerdem läuft man immer Gefahr, seine Äste zu verletzen. Ich habe daher keine Rücksicht auf ihn genommen und die Blutung aus demselben durch Kompression oder Ligatur gestillt — nur in einem Falle trat eine Nachblutung ein, die Sprengung der Wunde und Heilung per secundam verursachte —; zumeist wurde die Hautwunde vernäht und für die ersten 24 Stunden drainirt.

Eine Entfernung der Drüsen und des lockeren Zellgewebes vor dem Bruchbett ist nicht nothwendig und scheint unzweckmäßig zu sein, da gerade in einem so behandelten Falle, der sonst keine Schwierigkeit bot, ein Recidiv auftrat. Dass auf die V. femoralis besonders geachtet werden muss, ist selbstverständlich; sie wird mit einem stumpfen Haken nach außen gehalten und geschützt, und der Schnitt zur Bildung des Lappens wird an der Innenseite der

V. femoralis begonnen, so dass die Aufmerksamkeit des Operateurs auf die Vene gerichtet und die Schneide des Messers von ihr abgekehrt ist.

In einem Falle, der in meiner Abwesenheit operirt wurde, geschah doch eine Verletzung der V. femoralis mit Blutung in die Gefäßscheide und in die Wunde; da diese Kranke am nächsten Tage wegen Gangrän des incarcerirt gewesenen Darms neuerlich operirt werden musste und trotz Resektion des Darms an Sepsis starb, ist nicht sicher, ob die Verletzung der Vene an dem Ausgang Schuld war. Der Fall wurde daher auch nicht in die Reihe der Radikaloperationen aufgenommen. Die schematischen Zeichnungen II und III, welche

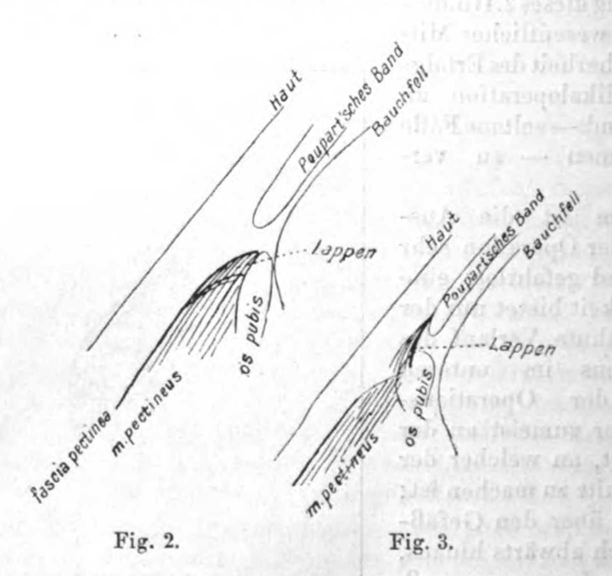


Fig. 2. Fig. 3.

der Abhandlung Salzer's nachgebildet sind, veranschaulichen die Grundidee der Operation.

Die Ergebnisse, welche mit dieser Operationsmethode erzielt wurden, sind folgende.

Vom Jahre 1894 bis Ende 1898 wurden 11 Männer und 43 Frauen operirt:

Die 11 Männer hatten

7mal einseitigen nicht eingeklemmten Bruch (darunter 1mal ein Blasendiverdikel im Bruchsack)	7
3mal beiderseitigen Bruch	6
1mal Schenkelbruch neben Leistenhernien	1
	14

Die 43 Frauen hatten

14mal einseitige nicht eingeklemmte, aber theilweise irreponible Hernien	14

6mal beiderseitige Hernien (1mal die eine incarcerirt). 12
23mal eingeklemmte Hernien (1mal war Coecum und Ileum vorgelagert, 1mal wurde Resektion des Anus praeternaturalis nach gangränöser Hernie mit der Radikaloperation verbunden) 23

49

Es sind also 63 Radikaloperationen in Rechnung zu stellen:

Von den 11 Männern meldeten sich im Juli 1899
- 7 als gesund und arbeitsfähig,
- 3 gaben keine Nachricht,
- 1, bei welchem in meiner Abwesenheit von einem meiner Sekundarärzte die Operation ausgeführt worden war, hatte ein Recidiv.

Von den 43 Frauen meldeten sich im Juli 1899
- 30 als gesund und arbeitsfähig,
- 11 gaben keine Nachricht (eine davon war gestorben),
- 2 hatten wieder einen Bruch bekommen (die Frau, bei welcher die Resektion des Anus praeternaturalis gemacht worden war und eine zweite, bei welcher beiderseits die Operation ausgeführt worden war. Dieselbe bemerkt (wahrscheinlich nur auf der Seite der Incarceration, wo die Pforte weit geöffnet werden musste) Blähung beim Husten.

Von den 63 Brüchen sind also wegen Mangel an Nachricht auszuschalten:

14 (3 Männer und 11 Frauen), es bleiben zur Bewerthung der Methode

49 Radikaloperationen; von diesen sind erfolglos geblieben

4 (1 Mann mit 1 Bruch und 2 Frauen mit 3 Brüchen),

45 sind recidivfrei geblieben, und zwar:

seit	dem	Jahre	1894	3
»	»	»	1895	10
»	»	»	1896	10
»	»	»	1897	9
»	»	»	1898	13
				45

Der dauernde Erfolg ist also in 91,8% der Fälle eingetreten.

Um nun der vielfach gemachten Beobachtung[1] Rechnung zu tragen, dass auch nach einfacher Herniotomie bei kleineren Schenkelbrüchen eine Dauerheilung eintritt, besonders wenn der Bruchsack exstirpirt wurde, habe ich die Ergebnisse nach solchen Operationen ebenfalls zusammengestellt. Von 1894 bis Ende 1898 wurde bei Männern 5mal Herniotomie gemacht (2 starben im Anschluss an die Operation der gangränösen Hernie, 1 starb 1 Jahr nach der Darm-

[1] Aus der Klinik Billroth: Heidenthaler, Die Radikaloperationen der Hernien. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XL.

resektion wahrscheinlich an Perforativperitonitis, 1 ebenfalls 1 Jahr danach an Lungenentzündung, 1 gab keine Nachricht); bei Frauen wurde 1889 bis Ende 1898 54mal Herniotomie gemacht.

9 starben an Peritonitis nach Hernia gangraenosa,
3 an hypostatischer Pneumonie,
6 nach ihrer Entlassung (2 einige Monate, 3 2 Jahre, eine 7 Jahre danach),
12 gaben keine Nachricht.

Von den übrigen 24 Frauen trat bei 7 sicher wieder ein Bruch auf, darunter 2 einfache Herniotomien, ohne Entfernung des Bruchsacks,

1 Herniotomie mit Anlegung eines Anus praeternaturalis, der durch Darmschere zur Heilung kam,
3 Herniotomien mit Abtragung des Bruchsacks,
1 Herniotomie mit Darmresektion,
bei 3 ist es fraglich, ob die Schmerzen auf ein Recidiv des Bruchs zu beziehen sind.

Bei 14 Frauen trat der Bruch nicht wieder auf
(4mal Bruch walnussgroß, Sack abgetragen,
3 » » » » » Darmresektion,
5 » faustgroßer Bruch — 1mal Colon transversum als Inhalt,
2 » bei einer Frau, die 1893 rechts und 1895 links wegen Incarceration operirt wurde, rechts Bruchsack abgetragen, links erhalten).

Es ist also auch bei einfacher Herniotomie zumeist mit Abtragung des Bruchsacks unter 24 Fällen 14mal, d. i. in 58%, eine Dauerheilung erzielt worden.

Zieht man aber in Betracht, um wie viel größer der Procentsatz der Heilung bei der Verwendung des Pectineuslappens ist, und die Einfachheit dieser kleinen Operation, so ist die Anwendung der Methode kaum in Zweifel zu stellen. Die Zunahme der Radikaloperationen freier Hernien im Linzer Spital zeigt, dass die Kranken durch die Erfolge an ihnen bekannten Personen zur Operation Vertrauen gewinnen und sich derselben häufiger unterziehen.

Herr Prof. Freiherr v. Eiselsberg in Königsberg i/Pr. ermächtigt mich zur Mittheilung, dass er diese Methode bereits in einem Dutzend von Fällen mit vollkommen befriedigendem Erfolg — auch bezüglich Dauerheilung — angewendet hat, und als typische Normalmethode auch bei incarcerirter Hernie, wo es die Umstände erlauben, betrachtet.

---

1) A. Köhler (Berlin). Die Kriegschirurgen und Feldärzte Preußens und anderer deutscher Staaten in Zeit- und Lebensbildern. I. Theil. Kriegschirurgen und Feldärzte des 17. und 18. Jahrhunderts.

(Veröffentlichungen aus dem Gebiet des Militär-Sanitätswesens, hrsg. von der Medic.-Abth. des kgl. Preuß. Kriegsministeriums 1899. Hft. 13.)

Das 269 Seiten starke Heft ist der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewidmet und stellt gewissermaßen eine Ergänzung der

großen Geschichte der Chirurgie Gurlt's dar, welche derselben Gesellschaft gewidmet ist. In dem vorliegenden Heft ist mit größtem Fleiß von dem in der einschlägigen Litteratur wie wohl kaum ein Anderer bewanderten Verf. eine Fülle hochinteressanter Daten zusammengestellt, welche nicht allein den Standpunkt der Kriegschirurgie und ihr Verhältnis zur internen Militärmedicin im 17. und 18. Jahrhundert beleuchten, sondern auch zugleich Lebensbilder der hervorragendsten Chirurgen und Ärzte entwerfen, welche zum Theil, wie das des Janus Abraham a Gehema (1647—1715) einer gewissen Abenteuerlichkeit nicht entbehren. Eine prächtige Gestalt tritt uns entgegen in Mathaeus Gottfried Purmann (1648 bis 1711), dem Regimentschirurgen des großen Kurfürsten, welcher von diesem bei einer Pestepidemie in Halberstadt und Magdeburg auch zum Ober-Pest-Chirurgus ernannt wurde und sich dort durch Umsicht und Unerschrockenheit auszeichnete. Männer wie Lorenz Heister, Holtzendorff, Schmucker, Bilgner, Theden haben sich unsterbliche Verdienste um die Wissenschaft und nicht am wenigsten um die speciell militärischen Disciplinen derselben, so wie um die Bildung und Entwicklung des militärärztlichen Standes erworben, ein Brandhorst, Eller, Senff, Cothenius durch ihre praktische und wissenschaftliche Thätigkeit die Anerkennung ihrer Könige und ihrer Zeit verdient. Dass auch die Nachwelt ihnen gerecht werden kann, wird durch K.'s Arbeit eigentlich erst ermöglicht, da viele derselben als bescheidene und wohl auch praktisch zu sehr beschäftigte Männer nur wenig Schriftliches hinterlassen haben. Um so freudiger muss das vortreffliche Werkchen selbst begrüßt und zugleich der Initiative der Medicinalabtheilung gebührend Dank gezollt werden. Mit Interesse und Spannung sehen wir der Fortsetzung entgegen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

2) **H. Nimier** und **E. Laval.** Les projectiles des armées de guerre. Leur action vulnérante.

Paris, **F. Alcan,** 1899. 212 S. mit 36 Figuren.

Verff. geben in dem vorliegenden Buch eine genaue Beschreibung der zur Zeit bei Kriegswaffen gebräuchlichen Geschosse, sowohl die Handwaffen wie die artilleristische Ausrüstung berücksichtigend, und erläutern dieselben durch einfache Abbildungen. Auch ältere Geschosse, so weit sie noch in einzelnen Armeen Verwendung finden, werden berücksichtigt. Weiter besprechen die Autoren die Gestalt der Flugbahnen, die Rotationsbewegung der Geschosse, ihre lebendige und Durchschlagskraft und die Veränderungen, welche sie im Ziel erleiden. Eben so werden dann die Eigenschaften des menschlichen Körpers als des eigentlichen Zielobjekts der Kriegswaffen vom physikalischen Standpunkt aus gewürdigt und der zerstörende Einfluss, den die Geschosse unter verschiedenen Bedingungen auf sie ausüben, immer wesentlich vom Standpunkt des Physikers aus, dargelegt.

Die Autoren kommen dabei zu dem auch sonst meist angenommenen Schluss, dass die aus den modernen Gewehren geschleuderten Panzergeschosse verhältnismäßig viel schnell tödliche Wunden erzeugen, die nicht tödlich verletzten Verwundeten aber in größerer relativer Zahl als seither geheilt werden dürften. — Bei den neuen artilleristischen Geschossen, bei welchen Truppen gegenüber das schwere unkrepirte Geschoss kaum noch in Betracht kommt, vielmehr das Bestreben vorliegt, wesentlich nur durch viele kleine Sprengstücke, namentlich aber durch die Füllkugeln der Granaten und Shrapnels von 10 bis höchstens 20 g Gewicht zu wirken, kommt es wesentlich darauf an, welche lebendige Kraft diesen Sprengstücken bezw. Füllkugeln innewohnt, ob sie im Allgemeinen im Stande sein werden, den Verwundeten außer Gefecht zu setzen.

Die Geschwindigkeit eines solchen Sprengstücks bezw. einer Kugel ist eine äußerst verschiedene je nach der Länge der von dem Vollgeschoss durchflogenen Bahn, der Entfernung zwischen Sprengpunkt der Granate, des Shrapnels und ihrem Ziel, sie wird sehr gering, wenn das Geschoss erst nach dem Aufschlagen oder nach dem Eindringen in ein Hindernis — den Boden — krepirt. Bei Sprengstücken kommt dazu die unregelmäßige Gestalt und wechselnde, in neuester Zeit meist geringe Größe. Erfahrungen über diese Frage aus dem Ernstkampf liegen noch kaum vor, und wo sie zur Beantwortung kam — im Kriege der Italiäner gegen die Abessinier — ist diese nicht zu Gunsten der Artillerie ausgefallen: die Abessinier stürmten eine Batterie von 12 Geschützen, die allerdings nur doppelwandige Granaten von 1 kg Gewicht schossen, deren Sprengstücke indessen je 25 g wogen. Deckungen auch leichterer Art dürften gegen Shrapnels aus größerer Entfernung oft wirksam sein, sicher wirksamer als gegen Infanteriegeschosse mit ihrem exakten Flug und ihrer Panzerung.

Richter (Breslau).

---

3) **Bircher** (Bern). Die Wirkung der Artilleriegeschosse. Mit Atlas von 32 Tafeln.

Aarau, **Sauerländer & Co.**, 1899.

Wie wir von B. schon eine werthvolle Arbeit über die Wirkung der Kleingewehrgeschosse besitzen, so füllt das neue Werk desselben Verf., welcher als Korpsarzt des II. schweizerischen Armeekorps nicht nur eine führende Stellung im militärischen Sanitätswesen seiner Heimat einnimmt, sondern zugleich auch für die Fortbildungskurse und Übungen der Sanitätskorps zu sorgen hat, eine fühlbare Lücke aus. Denn die Artillerie aller Armeen ist in den letzten Jahren nicht nur geradezu ungeheuerlich vermehrt, sondern auch so außerordentlich umgestaltet worden, dass die Wirkung der jetzigen Artilleriegeschosse für einen Zukunftskrieg von erhöhter Bedeutung sein muss, die Kenntnis derselben aber für den Kriegschirurgen unentbehrlich geworden ist. Neben der Vermehrung der Anzahl der Geschütze kommen vor Allem in Betracht die verbesserte Treffsicherheit und

weite Tragfähigkeit auf 4000—5000 m und als zweites Moment die große Menge der Sprengstücke und Füllkugeln, welche das hauptsächliche Geschoss der Artillerie, das Shrapnel, am Endpunkt seiner Bahn ausstreut. Diese 200—400 Sprengstücke und Füllkugeln erhalten durch die Sprengladung wiederum eine gewisse Geschwindigkeit, welche zu der Geschwindigkeit des Geschosses selbst am Ort seines Zerspringens hinzuzurechnen ist, und wirken ähnlich der Salve einer Infanteriekolonne. Doch ergiebt sich, dass die Sprenghöhe des Geschosses einen steileren Einfallswinkel des einzelnen Bruchstücks bewirkt, so dass Deckungen dagegen noch schwieriger zu finden oder zu errichten sind, als gegen Infanteriefeuer, deren Geschosse eine ungleich größere Rasanz besitzen. Dieser Umstand ist von erheblicher Bedeutung für die Wirkung sowohl als auch namentlich für die Wahl von Verbandplätzen und die Organisation der ersten Hilfe überhaupt.

Was nun die Wirkung auf das Ziel betrifft, zu deren Studium B. zahlreiche Versuche angestellt hat, so kommt zunächst in Betracht, dass Schmelzung der einzelnen Geschosse nicht, dagegen Deformirung der Hartbleirundkugeln wegen der Weichheit des Materials sehr leicht eintritt, ein Umstand, durch welchen die Größe der Zertrümmerung in den Weichtheilen und Knochen, so wie die Weite der Schussröhre und der Hautöffnungen noch wesentlich vermehrt wird. Dagegen pflegt die Länge der Schussröhre nicht so erheblich zu sein wie beim Infanteriegeschoss. Die elastische Haut wird weniger leicht durchbohrt, ja Kontusionsschüsse mit erhaltener Haut und Gewebszertrümmerung darunter sind nicht selten; selbst Knochen können so zerbrochen werden. Die Hautöffnungen sind meist von radiären Rissen umgeben, die Ausschussöffnungen meist größer. Sehnen und Fascien leisten Widerstand, in Muskeln entsteht hydrodynamische Pressung, wie auch in den Unterleibsdrüsen, Harnblase, Darm, Gehirn etc., die meist ausgiebig zertrümmert und zerrissen werden. Die Wirkung auf die Knochen unterscheidet sich nur durch größere Ausdehnung von der des Infanteriegeschosses, die hydrodynamische Pressung macht sich im Knochenmark des Röhrenknochens sehr geltend und auch im spongiösen Knochen ist die Zerstörung weitgehend. Bei Streifschüssen am Schädel kommen Absprengungen der Tabula interna vor ohne Fraktur der Externa. Ein aus früheren Zeiten bekanntes Vorkommen wird durch eine Abbildung erläutert: eine schräg auftreffende Füllkugel wurde von den Rändern des entstandenen Defekts in den Schädelknochen zerschnitten, die eine Hälfte drang ins Gehirn ein, die andere blieb am Knochenrand haften. Kleiderfetzen werden vielfach und in größerer Ausdehnung mitgerissen.

Es ergiebt sich aus Allem, dass sowohl Weichtheil- als Knochenverletzungen durch die Füllkugeln und die Sprengstücke der Shrapnelkapsel erheblich schwerere sein müssen, als die analogen Verletzungen durch das Infanteriegeschoss. Durch die Vergrößerung der Haut-

öffnungen, durch die stärkere Gewebszertrümmerung und durch die häufiger mitgerissenen großen Kleiderfetzen wird die Heilung mindestens verzögert, die Aussichten auf aseptischen Wundverlauf werden erheblich herabgesetzt. Da auch die Geschosse oft zurückbleiben, ist häufiger ihre operative Entfernung nöthig, und trifft dies namentlich zu für die unregelmäßig gestalteten Sprengstücke der Kapsel, weniger für die Füllkugeln, deren glatte Oberfläche eben so wie beim Infanteriegeschoss das Einheilen ohne Reaktion sehr wohl ermöglicht. Auch der Verwundungschok dürfte wesentlich schwerer sein.

Hinsichtlich des Sanitätsdienstes auf dem Schlachtfeld kommen nach B. folgende Umstände in Betracht: 1) Als Avantgarde vorgehende Kavallerie kann bedeutende Verluste durch Artilleriefeuer erleiden und muss mit Sanitätsanstalten versehen sein; 2) am meisten wird die Artillerie von dem Feuer der feindlichen Artillerie leiden und bedarf daher eigener Sanitätseinrichtungen; 3) Verbandplätze dürfen niemals hinter der eigenen Artillerieaufstellung, eher vor ihr, noch besser neben ihr etablirt werden; 4) der Schwerpunkt der ärztlichen Thätigkeit wird in die Truppenverbandplätze fallen, welche aber gegen die Artilleriegeschosse viel schwerer Deckung finden. Unmittelbar hinter Gebäuden ist dies nach B. möglich, eben so hinter dichtem Hochwald; Ref. hält diese Empfehlung für sehr bedenklich, und zwar wegen der umherfliegenden Trümmer, welche als neue, und zwar sehr gefährliche, indirekte Geschosse wirken und den Deckung Suchenden stark gefährden. Das Gelände selbst bietet für Infanteriegeschosse oft noch Deckung, wo dies nicht mehr der Fall ist für Artilleriegeschosse, eine Thatsache, welche durch Pläne der Manceschlucht bei Gravelotte, der Walstatt von Spichern und einzelner Jurapässe dargestellt wird. Das Werk ist von vielseitigem Interesse.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

4) Kriegswaffen und Feld-Sanitätsdienst. — Ein Kompendium der Waffenlehre und Waffenwirkung für Militärärzte.

Wien, **Jos. Šafař,** 1899. 67 S. mit 39 Figuren.

Diese anonym erschienene Schrift enthält in wissenschaftlicher, leicht verständlicher Bearbeitung auf verhältnismäßig kleinem Raum ein reiches Material, dessen Kenntnis und Studium einem jeden Arzt, der die Wirkung der Schusswaffen, und namentlich der im Krieg verwandten, verstehen und die Aufgaben der ersten Hilfe in und nach dem Kampf richtig beurtheilen will, auf das dringendste zu empfehlen ist.

Sie beginnt mit der Waffenlehre und giebt in knappen Sätzen Belehrung über Pulver und Sprengmittel, über die Konstruktion der Infanterie- und Artilleriegeschosse, die Rohre, aus denen diese geschleudert werden, die Bewegung, die diese ihnen mittheilen, und ihre Flugbahn. In 2 Tabellen sind die nothwendigsten bezüglichen Daten aus den Armeen der wesentlich in Frage kommenden Staaten leicht übersichtlich zusammengestellt. Ein zweiter großer Abschnitt

behandelt die mechanische Geschosswirkung, die Größe und Art ihres Effekts im Allgemeinen und dann speciell in chirurgischer Beziehung. Hierbei wird darauf hingewiesen, dass auch bei Verletzungen durch die modernen Mantelgeschosse der Handwaffen diese durch Auftreffen auf harte Knochen in etwa 10% aller Knochenschüsse Stauchung erleiden, und damit ungünstigere Wundverhältnisse eintreten, wie solche außerdem durch Querschläger erzeugt werden. — Im Allgemeinen erwartet man von dem modernen Gewehr eine Steigerung der sofort oder bald tödlich ablaufenden Verletzungen — von bisher ca. 25% auf 30% aller Getroffenen — andererseits aber auch einen hohen Satz unkomplicirter, prognostisch günstiger Weichtheilschüsse — etwa 55%. Die Zahl der verstümmelnden, die Funktion wichtiger Organe bleibend störenden schweren Verwundungen würde somit erheblich — von ca. 25 auf 15% — zurückgehen. Diese Schätzungswerthe sind auch desshalb von Bedeutung, weil sie Schlüsse auf die zu erwartende Anzahl Marschunfähiger, sonach auf die Höhe des Bedürfnisses nach Transportkräften und Transportmitteln zulassen. Die Schrift schätzt den Gesammtsatz Marschunfähiger auf ca. 35% des Gesammtverlustes oder auf etwa 45% der noch lebenden Opfer des Kampfes.

Weiter folgt ein interessantes Kapitel über quantitative Leistungsfähigkeit der Feuerwaffen, Treffwahrscheinlichkeit und Raumgefährdung, speciell im Ernstkampf; denn diese letzteren sind andere auf dem Schießplatz als auf dem Schlachtfeld, weil mit dem Eintritt in die Zone der Gefahr die Vollkommenheiten der Schießmaschine gegen die Unvollkommenheiten der Schießenden um so rascher in den Hintergrund treten, je gewaltiger der Eindruck dieser Gefahr die Psyche des Schießenden belastet. Jedenfalls kommt es im Kampf in den wenigsten Fällen zu einem Zielfeuer im eigentlichen Sinne, sondern das Gewehr wird einfach von einer bequemen, annähernd wagerechten Lage aus in Thätigkeit gesetzt. Eine Koncentrirung der Feuerwirkung auf beliebige Distanz fällt im heißen Kampf also fort, die Geschosse werden weit zerstreut, und damit wird die Intensität der Gefährdung des Gegners derart vertheilt, dass man trotz der gesteigerten Qualität der modernen Gewehre von einer vernichtenden Wirkung derselben nicht ohne Weiteres reden kann. Wohl aber kann der Aufenthalt hinter einem beschossenen Ziel ohne Deckung sich auf eine weite Strecke recht verlustreich gestalten.

In dem nun folgenden Kapitel über die Gefechtsverluste steht der — vom Ref. seit lange vertheidigte — sehr beachtenswerthe Satz: Der durchschnittliche Procentsatz an blutigen Verlusten innerhalb sämmtlicher Gefechte und Schlachten solcher größerer Zeitperioden, welche durch eine eigenartige Bewaffnung und Gefechtsführung von einander abgegrenzt sind, steigt nicht, sondern fällt mit Verbesserung der Bewaffnung. So steht dem durchschnittlichen blutigen Verlust von etwa 17% der Kämpfenden aus der Fridericianischen Periode mit ihrem primitiven Schießwerkzeug ein solcher

von ca. 15% aus der Zeit der glatten Vorderlader (Napoleonische Periode), von 8% aus der Zeit der gezogenen Vorderlader, endlich von rund 7% aus den Hinterladerkriegen gegenüber. Dem entsprechend weisen auch die blutigen Verluste in den einzelnen Schlachten im Allgemeinen einen Rückgang gegen früher, und zwar durchschnittlich 10% und weniger auf. Ein blutiger Verlust von mehr als 20% der Kämpfenden — in früheren Schlachten kein ungewöhnlicher — ist in den Hinterladerschlachten eine Seltenheit gewesen. Selbst die blutigen Gefechtsverluste einzelner Truppenkörper dürften in der Regel unter 25% betragen.

Auf Grund solcher Voraussetzungen folgert die Schrift für den Feldsanitätsdienst, eine Vervielfältigung des jetzigen Kriegssanitätsapparats wäre eigentlich entbehrlich; es sei dies aber nicht der Fall, weil in den bisherigen Kriegen dieser Apparat nur selten seiner Aufgabe gewachsen war, vielmehr die Hebung der sanitären Kriegsrüstung in jeder Beziehung wünschenswerth. Die Thätigkeit der Krankenträger ist im einigermaßen ernsten Kampf durch die zahlreichen weitgehenden Fehlschüsse sehr gefährdet. Der weitaus größte Theil der Verwundeten wird desshalb erst nach Schluss des Gefechts seinen Abtransport vom Gefechtsfeld zu erwarten haben; denn während des lebhaften Kampfes gehört das Sanitätspersonal nicht hinaus in die deckungslose Fehlschusszone. Ein Hilfsplatz, der nicht viel Raum beansprucht, kann immerhin in genügender Deckung während des Gefechts verhältnismäßig nahe an der Schlachtlinie ziemlich unbehelligt funktioniren. Wo dies unmöglich, soll sich Personal und Material des Hilfsplatzes wenigstens der streitenden Truppe möglichst nähern, da mit dem Moment des Gefechtsabschlusses sein schleunigstes Eingreifen geboten ist.

Dies Einzelnes aus dem reichen Inhalt der kleinen Schrift.

Richter (Breslau).

---

5) **J. v. Bloch.** Der Krieg. Band V. Übersetzung des russischen Werks: Der zukünftige Krieg in seiner technischen, volkswirthschaftlichen Bedeutung.

6) Derselbe. Die Unmöglichkeit, den Verwundeten auf dem Schlachtfeld Hilfe zu bringen. — Nach Angaben des russischen Werks: Der Krieg, von J. v. Bloch.

Berlin, **Puttkammer & Mühlbrecht,** 1899.

Das in vieler Hinsicht interessante Werk enthält auch Betrachtungen über die Möglichkeit oder Unmöglichkeit, in einem zukünftigen Krieg den Verwundeten auf dem Schlachtfeld selbst Hilfe zu bringen. Allgemein wird ja zugegeben, dass die Schwierigkeiten des Sanitätsdienstes in der ersten Linie durch die fortschreitende Vervollkommnung der Schusswaffen außerordentlich gesteigert werden. Allein einerseits wird nicht hinreichend beachtet, dass die Vervollkommnung eben dieses Sanitätsdienstes mit der Vervollkommnung

der Waffen Schritt zu halten bestrebt ist; sind doch die ausgesuchten Beispiele, um den Leser hinreichend gruselig machen zu können, gerade schlechten Einrichtungen des ganzen Feldsanitätsdienstes oder solchen zeitlichen und örtlichen Verhältnissen, dass selbst die bestgeordneten Einrichtungen sich einmal insufficient erweisen mussten, entnommen. So beweisen z. B. nach Ansicht des Ref. die Zustände nach den Schlachten bei Metz 1870 gerade das Umgekehrte, als das vom Verf. Gewollte: nämlich, dass es selbst unter den erschwerendsten Umständen einem gut geordneten Sanitätsdienst bald gelingt, der entgegenstehenden Schwierigkeiten Herr zu werden. Andererseits aber werden die furchtbaren Wirkungen der Handfeuerwaffen gar sehr übertrieben. Haben doch die angestellten Versuche eben so wie die Erfahrungen der jüngsten Kriege erwiesen, dass eine sehr große Zahl leichter Weichtheilwunden durch das kleinkalibrige Gewehr erzeugt werden, und dass nicht nur diese, sondern auch die Knochenschüsse Dank der kleinen Hautöffnungen rasch und gut verheilen. Ferner bewirkt auch die Zertheilung der Artilleriegeschosse in sehr zahlreiche kleinere Sprengstücke und Füllkugeln verminderte Schwere der Verwundungen gegen früher. Vor Allem aber will es uns scheinen, als wäre in unserem Werk eben so wie in den häufig angezogenen Schriften des Bayrischen Generalarztes Port allzu häufig der Endzweck des Kriegs, die Niederwerfung des Feindes, außer Acht gelassen. Der Krieg selbst ist eben nicht human, er ist und bleibt ein furchtbares Mittel, er ist aber auch die »ultima ratio regis«. Die erste Aufgabe ist es, den Feind zu besiegen, dann erst kann das Bestreben, das Loos der Verwundeten zu erleichtern, als zweiter Gesichtspunkt in sein Recht treten. Diesem Bestreben aber sollen gewiss alle unsere Anstrengungen gelten, so weit es eben nicht mit dem Ziel des Kriegs selbst in Widerspruch tritt. Trotz dieser Mängel aber empfehlen wir das Werk zur Lektüre und wünschen ihm, dass es weite Verbreitung finden möge, namentlich auch in maßgebenden Kreisen, denen die Greuel des Kriegs und den furchtbaren Ernst eines kriegerischen Entschlusses recht vor Augen zu führen, gewiss ein verdienstliches Werk ist. Dennoch müssen die in die Tagesblätter gedrungenen Gerüchte über die Verhandlungen der Friedenskonferenz im Haag Jeden, der hören kann und will, davon überzeugen, dass wir von dem ewigen Völkerfrieden noch gar weit entfernt sind.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

7) **E. Lardy.** La guerre gréco-turque. Résumé historique et stratégique accompagné de notes médicales.

Neufchâtel. 350 S., mit 55 Abbildungen.

Verf., Schweizer und Schüler Kocher's, genau bekannt mit dessen Arbeiten über Schusswunden, wurde, als der Krieg zwischen der Türkei gegen die Griechen 1897 begonnen hatte, als Chefarzt an die Spitze eines Feldlazaretts von 200 Betten gestellt, welches die Ottomanische Bank nach den neuesten Erfahrungen ausrüstete und

der türkischen Armee auf den Kriegsschauplatz zur Hilfe sandte. Das Buch enthält, wie der Titel schon zeigt, in der ersten Hälfte die Geschichte dieses Lazaretts von seiner Ausrüstung in Konstantinopel bis zur Rückkehr dahin, nicht so vom ärztlichen als vom Standpunkt des Feuilletonisten aus geschrieben, mit Kapiteln über die Vorgeschichte des Kriegs, den Zustand der türkischen Armee, Darstellungen der einzelnen Kämpfe und dazwischen eingestreut Bemerkungen über die ärztlichen Hilfeleistungen, welche das Lazarett gewährt hat. Eine größere Anzahl photographischer Drucke dient diesem Abschnitt als schmückende Beilage, für den Arzt haben sie keinen Werth.

In der 2., allein von medicinischen Dingen handelnden Hälfte des Buchs nehmen den größten Theil die Notizen über 461 von dem Lazarett in Larissa behandelte Verwundete ein, den Rest zusammenfassende Kapitel über die chirurgischen Erfahrungen im behandelten Krieg. Empört lauten die Aussprüche über die officielle Krankenpflege im türkischen Heer, die Alles zu wünschen übrig ließ, sogar das Entgegenkommen gegen fremde Unterstützung, während sie selber doch nichts zu leisten vermochte. 24, 48 Stunden, ja vier Tage blieben türkische Verwundete ohne einen ersten Verband, es fehlte an Ärzten, an Krankenträgern, an Verbandmaterial, an Lazaretteinrichtungen, an jeder Initiative und Ordnung der officiellen Hilfe; daher denn auch Wundkrankheiten schlimmster Art sich rasch entwickelten und die Blessirten hinrafften.

Bei der Behandlung seiner eigenen Verwundeten beobachtete L. folgende Regel: bei einfachen Weichtheil-, Knochen- oder Gelenkwunden Reinigung der Wundumgebung durch Waschen, am besten unter Anwendung eines Spray, Rasiren und Desinficiren, Verband mit Sublimat- oder Jodoformgaze. Kamen die Verletzungen erst nach 24—48 Stunden zum ersten Verband, wurden sie zunächst mit Jodtinktur behandelt. Knochen- und Gelenkverletzungen wurden natürlich festgestellt. Operirt wurde nur, wenn es dringend nothwendig erschien; so sollte es auch mit der Extraktion von Geschossen geschehen, aber es stellte sich bald heraus, dass das Zurückbleiben derselben viel gefährlicher war, als ihre Entfernung, ganz abgesehen davon, dass viele Verwundete auf der Extraktion bestanden. Daher versuchte man früh, sie mit Sonde oder Finger aufzusuchen und wenn möglich zu entfernen.

Übrigens fanden sich auffallend häufig Geschosse in der Wunde, da die Griechen mit jämmerlicher Munition aus den Jahren 1881 und 1886 schossen. Ihr Gewehr war das Gras-Gewehr mit 11 mm Kaliber, das mit richtiger Munition 450 m Anfangsgeschwindigkeit giebt und 1800 m weit trägt. Einige Freiwillige hatten Mannlicher-Gewehre von 6,5 mm Kaliber. Artillerieverletzungen kamen bei den Türken kaum vor, Verf. hat nur eine Shrapnelwunde zu sehen bekommen, glaubt übrigens, dass nicht wenige der verhältnismäßig großen Anzahl einfacher Quetschungen Shrapnelgeschossen auf Rechnung zu schreiben seien, die, auf große Distanz abgefeuert, nur

mit geringer lebendiger Kraft ihr Ziel trafen. Die Griechen sollen ähnliche Erfahrungen mit den türkischen Shrapnels gemacht haben. Jedenfalls aber ist es höchst auffällig, dass bei 519 durch Infanterie- oder Artilleriegeschoss verletzten Türken 127mal das Geschoss entweder im Körper zurückgeblieben war oder ihn nur gequetscht hatte. 8—9 Verwundete waren sicher durch kleinkalibrige Mantelgeschosse — eben jene 6,5 mm Mannlicher-Geschosse — verwundet, so leicht, dass Verf. der Überzeugung ist, wenn der Schuss nicht aus kürzester Entfernung abgegeben werde, sei seine Wirkung in der Regel so gering, dass sie den Feind nicht am Vordringen hindere entsprechend den in Abessinien gemachten Erfahrungen. Einem Mann war ein solches Geschoss durch beide Oberschenkel und den Hodensack gedrungen. Er war, von den Wunden unbehindert, 25 km geritten, ließ sich verbinden, kehrte wieder 25 km zu seiner Truppe zurück und that seinen Dienst weiter. Verf. hält 7,5 mm für das geringste leistungsfähige Kriegskaliber, es sei denn, dass man die absolut barbarischen Dumdumgeschosse einführe.

Aus der Kasuistik sei nur Weniges hervorgehoben: Bei 6 im Ellbogen Verletzten wurde die Resektion des eiternden Gelenks ausgeführt, stets mit Fortnahme aller 3 Knochenepiphysen, auch wenn nur 1 oder 2 verletzt waren; bei allen wurde Heilung mit guter Beweglichkeit erreicht. Von 34 Blessirten mit Wunden der Hüftgegend und 71 mit Schüssen der Oberschenkelweichtheile ist nicht einer gestorben; eben so günstig war das Resultat bei 9 Schüssen des Kniegelenks.

Richter (Breslau).

---

8) **Nuguera.** Das Xeroform in der Kriegschirurgie.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1899. Hft. 5.)

N. hat im ständigen Militärhospital zu Juinez auf Cuba die Wunden zunächst mit Sublimatlösung (1 : 1000) reichlich ausgespült, dann eine feine Schicht Xeroformpulver auf die Hautöffnungen aufgestreut und einen Deckverband aus Sublimatgaze und Karbolwatte darüber gelegt. Bei Säbelwunden wurde, wenn kein Substanzverlust hinderte, noch die Naht hinzugefügt. Verbandwechsel nur bei Durchtränkung. Heilung ohne Eiterung soll stets in kurzer Zeit erfolgt sein, die der Hiebwunden in 1—3 Wochen. Das Wundsekret wurde vollständig aufgesaugt und sterilisirt. Die beschriebene Behandlung wurde erst 3—8 Tage nach der Verwundung aufgenommen; in welchem Zustand die Wunden sich bei Eintritt in diese Behandlung befanden, ist nicht gesagt. Auch primär angewendet leistet das Xeroform Ausgezeichnetes, indem es auch ohne vorhergehende Desinfektion der Wunde, deren Umgebung nur mit trockenen Wattebauschen abgewischt wurde, den aseptischen Wundverlauf sichert.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

9) J. Port. Den Kriegsverwundeten ihr Recht! Zweiter Mahnruf.

Stuttgart, 1899. 32 S.

Zum 2. Mal erhebt Verf. sein Wort, um die Aufmerksamkeit auf die seiner Ansicht nach äußerst nothwendige Reorganisation und die Erweiterung der ersten ärztlichen Hilfe im Felde durch freiwillige, in besonderer Art ausgerüstete Sanitätskolonnen hinzuweisen. Was Ref. gegenüber dem ersten Schriftchen in diesem Blatt (1897 p. 1055) gesagt, gilt auch für das neue: Die Zornesworte sind zu scharf, zu übertrieben und durchaus nicht immer begründet, so dass sie der Idee, die sie vertheidigen wollen, geradezu schaden können. Wenn P. den wilden Völkern, weil sie ihre Todten und Verwundeten womöglich mit sich zu führen suchen, um sie nicht in die Hand des Feindes gelangen zu lassen, einen höheren Grad von Ehrgefühl zuschreibt als den europäischen und meint, dass der fraglichen Sitte nicht ausschließlich die Besorgnis zu Grunde liege, dass die Todten gefressen und die Verwundeten gemartert werden, so ist denn doch darauf hinzuweisen, dass jene scheußliche Sitte der Entmannung gerade in den letzten Jahren massenhaft von Abessiniern den gefangenen Italiänern gegenüber ausgeübt werden, und dass die Furcht vor solcher Verstümmelung oder vor der Tödtung wohl mehr als ein besonders gesteigertes Ehrgefühl die wilden Völker zu ihrem Beginnen anregt. Und wenn P. wiederum die Amerikaner uns als Beispiel hinstellt für die Sorgfalt, mit der sie im Secessionskrieg ihre Blessirten rasch aufgelesen, verbunden und in Lazarette übergeführt haben, so muss ich abermals darauf hinweisen, dass dies im Beginn, auch im weiteren Fortschreiten des Kriegs durchaus nicht immer der Fall gewesen, auch bei ihnen die Blessirten manchmal tagelang unversorgt auf dem Kampfplatz gelegen haben, dass vor Allem aber die Kriegführung der Amerikaner mit der unserer in den Kriegen 1866 und 1870 rastlos vordringenden Heere nicht zu vergleichen ist und dass wir Deutschen endlich nach den Riesenschlachten vom 16. und 18. August 1870 doch im Stande gewesen sind, die Verwundeten in den nächsten 24 Stunden genügend zu versorgen, die schwer Verletzten zu betten, viele der leicht Verwundeten zurückzusenden. Sicher wünscht jeder Officier und jeder Militärarzt dem blessirten Kameraden der eigenen wie der Armee des Gegners so rasch und so gut wie möglich die ausreichende Hilfe zu gewähren; und es ist seit 1871 Vieles geschehen, die Armee nach dieser Richtung hin reicher und passender auszurüsten, die Ärzte zu ihrem Dienst besser vorzubereiten, auch die freiwillige Hilfe entsprechend zu organisiren. Wie viele dieser — militärischen, vielleicht auch freiwilligen — Helfer direkt mit der Truppe in den Kampf vorrücken können, das zu bestimmen kann allein in die Hand der ärztlichen Leitung gelegt und muss zuletzt der obersten Begutachtung der militärischen Führung anheimgegeben werden.

Richter (Breslau).

10) **F. v. Esmarch.** Über den Kampf der Humanität gegen die Schrecken des Kriegs. 2. umgearbeitete und erweiterte Auflage. Mit einem Anhang: Der Samariter auf dem Schlachtfeld.

Stuttgart, 1899. 94 S. 11 Abbildungen.

In dieser neuen Auflage des Werkchens weist Verf. darauf hin, wie während der letzten Jahrzehnte in Deutschland das Kriegssanitätswesen immer zweckmäßiger und umfassender ausgestaltet, die Zahl der militärischen Krankenträger der Sanitätsdetachements um die Hälfte vermehrt, die freiwillige Krankenpflege durch alleinige Verwendung geschulten Personals und Einfügung in den Rahmen der staatlichen Einrichtung werthvoller gemacht worden und durch die Mithilfe ausgebildeter Samariter einen reichen Zuwachs an Hilfskräften gewonnen hat.

Im Interesse der Humanität stellt Verf. weiterhin die Forderungen auf, dass in den Kriegen nur Mantel-, nicht Bleispitzgeschosse bei den Handfeuerwaffen benutzt werden dürfen, dass jeder Soldat ein zweckmäßiges Verbandpacket mit einem dreieckigen Tuch bei sich tragen soll, dass jeder auch in der Leistung der ersten Hilfe schon im Frieden unterwiesen werde — weil es in Folge der starken Gefährdung des Schlachtfelds hinter der Feuerlinie sich häufig ereignen dürfte, dass weder Arzt noch Krankenträger frühzeitig zur Stelle sind, auch die Verbandplätze oft nur weit hinten angelegt werden können —, dass endlich schon in Friedenszeiten Officiere und Soldaten über die Bedeutung der Genfer Konvention ausreichend unterrichtet werden.

Richter (Breslau).

---

11) **F. v. Esmarch.** Der erste Verband auf dem Schlachtfeld. 3. vielfach veränderte und vermehrte Auflage.

Kiel, 1899. 34 S. 33 Abbildungen.

Verf. ließ das vor 30 Jahren erschienene Schriftchen nochmals auflegen, weil die Verbandpäckchen der Soldaten, für deren Einführung in die Armee Derselbe vor Allem in die Schranken trat, immer noch des dreieckigen Tuchs entbehren, das er zur Anlegung des Nothverbands für unentbehrlich hält. Er tritt hier also nochmals in Schrift und Bild energisch für die Ausführung seines Wunsches ein und empfiehlt weiter, dass in Friedenszeiten jeder Soldat in der Anlegung des ersten Verbandes unterrichtet werde.

Richter (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

12) Sanitätsbericht über die Kgl. Preußische Armee, das XII. (Kgl. Sächsische) und das XIII. (Kgl. Württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1896 bis 30. September 1897. Bearbeitet von der Medicinalabtheilung des Kgl. Preußischen Kriegsministeriums. Mit 20 Karten, 7 graphischen Darstellungen und 2 Abbildungen.

Berlin 1899, A. Hirschwald, 192 S. Text, 165 S. Tabellen.

Der diesmalige Sanitätsbericht umfasst nur 1 Jahr, welches dem »militärischen« Jahr von Einstellung der Rekruten bis zur Entlassung der Reserven entspricht, also gewissermaßen ein natürliches System einhält, gegenüber dem bisher befolgten künstlichen, indem die Berichte früher das bürgerliche Jahr von Neujahr bis Neujahr, später das Etatsjahr vom Anfang April bis Ende März umfassten.

Wie reich das im Bericht verarbeitete Material auch in chirurgischer Hinsicht ist, kann schon recht deutlich aus der Operationsliste ersehen werden, in welcher kurze Notizen über 244 größere Operationen tabellarisch zusammengestellt sind. Zunächst begegnen wir unter den Operationen an Kopf und Hals nicht weniger als 17 »Eröffnungen des Schädels« bei Knochenbrüchen mit Hirnerscheinungen, durch welche 14mal das Leben, 4mal sogar die Dienstfähigkeit erhalten wurde. — Auffallend häufig wurde weiter die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, bezw. die Radikaloperation bei Mittelohreiterung ausgeführt, nämlich 41mal, wonach 10mal der Tod, meist bedingt durch ältere Eiterherde im Hirn, eintrat, aber auch 20mal die Dienstfähigkeit wiederhergestellt wurde. Eine weitere Operation bestand in Abtragung einer Adergeschwulst an der Ohrmuschel, welche gleichfalls volle Dienstfähigkeit erzielte. Mannigfach sind die 38 Augenoperationen, über welche hier nicht zu berichten ist. — Der Luftröhrenschnitt wurde 5mal gemacht, 1mal wegen Kehlkopfkrebs (Tod am Tage nach der Operation), 1mal wegen Schnittwunde nach Selbstmordversuch, 1mal wegen eines im Kehlkopf steckenden Fremdkörpers, Nähnadelspitze, 1mal wegen Krup (Tod) und endlich 1mal wegen Bruch der rechten Schildknorpelplatte durch Hufschlag ohne äußere Wunde, bei welchem hochgradiges Hautemphysem und Erstickungsgefahr bestand. — Unter den 5 als »anderweite Operationen an Kopf und Hals« bezeichneten Eingriffen befindet sich die Entfernung einer im Schläfenbein seit langer Zeit fest eingekeilten Messerspitze, welche daselbst Eiterung erzeugt hatte. — Zur Entfernung eines verschluckten Fremdkörpers, Knochenstück, aus der Speiseröhre musste der Speiseröhrenschnitt ausgeführt werden, von welchem aus der Körper nach oben gedrängt und vom Mund aus gefasst werden konnte; nach einigen Tagen erfolgte eine Blutung aus der Art. thyreoidea sup., welche unterbunden werden musste, die zum Schluss der Wunde in die Speiseröhre eingelegten Nähte schnitten durch, es entstand eitrige Knorpelhautentzündung des Kehlkopfs, welche Erstickungsgefahr veranlasste und zur Tracheotomie führte, aber so langsam zurückging, dass die Kanüle Monate hindurch getragen werden musste; die sich ausbildende Stenose des Kehlkopfs und der Trachea wurde allmählich durch Einlegen Schrötter'scher Bougies überwunden, so dass schließlich volle Dienstfähigkeit eintrat. — Von den 75 im Berichtsjahr ausgeführten Brustschnitten wegen Empyem, wovon 70 mit Rippenresektion, sind nur 4 mit Komplikationen im Verlauf in die Operationsliste aufgenommen, im Übrigen besonders besprochen und nach Schede's Schema mit den in früheren Jahren ausgeführten gleichartigen Operationen in besonderen Tabellen übersichtlich zusammengestellt. Es ergiebt sich, dass im laufenden Jahr auffallend selten operirt wurde, so wie dass die idiopathischen Empyeme dies Mal mit 5,6% eine geringere Sterblichkeit hatten, als die metapneumonischen mit 11,6%, während z. B. im letzten Berichtszeitraum diese Sterblichkeitsverhältnisse mit 12,7 und 12,8% fast gleich waren, früher aber bei den metapneumonischen Exsudaten nur

8%, bei den idiopathischen dagegen erheblich mehr, nämlich 13% nach der Operation zu Grunde gingen. Die durchschnittliche Sterblichkeit der Operirten nach sekundären und metastatischen Empyemen stieg im Berichtsjahr auf 35,7% insgesammt; die höchste Sterblichkeit darunter hatten die tuberkulösen Empyeme mit 100%

Kehren wir zur Operationsliste zurück, so finden wir darin beschrieben 8 Laparotomien, wovon 1 wegen Ileus ausgeführt wurde, aber den Kranken nicht retten konnte. Denselben Ausgang hatten 2 Bauchschnite bei penetrirenden Schusswunden der Bauchhöhle mit 1 Magen- bezw. 8 Dünndarmwunden, obgleich die erstere Operation sofort nach Verletzung, die andere am nächsten Tage ausgeführt und die Darmwunden genäht oder excidirt worden waren. Dagegen hatte die Erweiterung der penetrirenden Bauchwunde nebst Lösung der Einklemmung eines Netzstücks einen günstigen Erfolg bei einem gleich nach Verletzung (Eindringen eines Messingstücks von einer explodirten Platzpatrone) unter Schleich'scher Lokalanästhesie operirten Mann. 3 weitere Bauchschnitte wurden nach heftigen Quetschungen des Bauchs mit Zerreißung der Därme oder der Harnblase ausgeführt, u. zw. 3—29 Tage nach der Verletzung, mit tödlichem Ausgang. — 17 Fälle von Blinddarmentzündung gaben zu einer Operation Veranlassung; meist handelte es sich um abgesackte Eiterherde in der Umgebung, welche einfach eröffnet werden konnten; 2mal lag Durchbruch in die Brusthöhle vor, 1mal Ausgang in Genesung, 1mal in Tod; unter den übrigen 5 Todesfällen nach der Operation befindet sich auch einer, in welchem nach dem Durchbruch in die Bauchhöhle bei schon bestehender eitriger Bauchfellentzündung noch operirt wurde, obwohl wenig Aussicht auf Lebenserhaltung vorhanden war. Im Text selbst werden 778 Erkrankungen an Blinddarmentzündung aufgeführt, von denen 628 in völlige Genesung mit Dienstfähigkeit ausgingen, während 127 zur Dienstunfähigkeit und nur 25 zum Tod führten, 62 Kranke blieben nach Schluss des Jahres noch im Bestand. Sehr bemerkenswerth ist die hohe Zahl der unter einfacher Behandlung Genesenen gegenüber der geringen Zahl der Operirten, von welchen auch noch 2 bis zur völligen Dienstfähigkeit hergestellt wurden; die feste Narbe behinderte gar nicht. Zuweilen wurden Recidive gesehen, 2mal fand Durchbruch in den Darm statt. — Wenig zahlreich waren die Bruchoperationen, nämlich 5; durch 2 derselben wurde Dienstfähigkeit erreicht, 1mal handelte es sich um einen Fettbruch in der Linea alba, welcher heftige Schmerzen machte. Bei nicht eingeklemmten Brüchen ist keine Operation gemacht worden. — Der äußere Harnröhrenschnitt wurde 3mal wegen Strikturen ausgeführt, welche 1mal mit Periurethralabscess, 1mal mit einer Harnröhrenfistel nach Verletzung vor längerer Zeit verbunden war. 1mal wurde wegen frischer Zerreißung der Harnröhre in Folge Aufprellens auf den Widerrist des Pferdes beim Springen der äußere Harnröhrenschnitt nothwendig, welcher nach 127tägiger Behandlung die Dienstfähigkeit wieder herstellte. Mehrere Becken-Blasenfisteln über der Schambeinfuge und am Damm waren bei einem Kanonier nach Bruch des horizontalen Schambeinasts durch Hufschlag zurückgeblieben; Spaltung der Fisteln, Entfernung eines walnussgroßen Sequesters und Abmeißeln einer rauhen Kante am Schambeinast, Heilung mit offenbleibender Fistel am Damm. — Unter den 12 anderweitigen Operationen am Rumpf befinden sich 8 Eröffnungen von perirenalen Abscessen, welche theilweise ohne nachweisbare Ursache entstanden, theilweise aber auch durch Trauma verursacht waren; in einem der letzteren Fälle trat der Tod ein und es fand sich gänzliche Zerreißung der Niere.

Unter den Operationen an den Gliedmaßen haben wir zunächst zu berichten über 6 Resektionen an den Diaphysen von Röhrenknochen. 1mal war die Veranlassung dazu Explosion einer Granate, ein Sprengstück hatte den Oberarmknochen zersplittert, die Weichtheile zertrümmert; das Sprengstück wurde aus dem Pector. major entfernt und zugleich eine Anzahl Knochensplitter. Endresultat: Dienstfähigkeit. 3mal wurden bei Invaliden Sequestrotomien an alten Schussbrüchen ausgeführt, welche Heilung erreichten.

Von Gelenkresektionen kamen 7 vor, 1 des Ellbogen-, 1 des Schulter-, 1 des Fuß-, 3 des Knie- und 1 des Hüftgelenks, meist wegen tuberkulöser, einige auch wegen traumatischer Gelenkentzündungen. Nur einmal — bei einem Knie-

gelenk — traten neue tuberkulöse Herde auf, so dass noch die Oberschenkelamputation nöthig wurde; sonst trat Heilung ein. Das Endresultat, ob knöcherne Vereinigung, bewegliches oder Schlottergelenk, ist hinsichtlich der Operationen am Ellbogen- und Hüftgelenk nicht erwähnt, am Schultergelenk und 2 Kniegelenken wurde knöcherne Vereinigung, am Fußgelenk einige Beweglichkeit erzielt. — Bei 39 Kranken wurden unter verschiedenen Indikationen Amputationen nöthig, welche bei 4 Kranken, mithin bei 10,27% zum Tod führten; und zwar waren dies 2 Unterschenkelamputationen nach tuberkulöser Knocheneiterung und 2 Oberschenkelamputationen nach Osteomyelitis und Erfrierung. Auch unter den Genesenen spielten Erfrierungen eine größere Rolle und veranlassten Doppelamputationen. Weiter finden wir 4 Exartikulationen der Hand (1 todt), 2 am Fuß, 3 am Kniegelenk (1 todt), 2 im Hüftgelenk (1 todt).

Aus dem übrigen reichen Material sei es gestattet, unserer langjährigen Gewohnheit getreu, Einzelnes herauszugreifen.

Als seltenere Komplikation der Gesichtsrose finden wir eine Eiterung des retrobulbären Zellgewebes, welche den Augapfel stark vortrieb und unbeweglich machte, so wie Sehstörung verursachte, aber durch Incision beseitigt wurde. Hinsichtlich der Behandlung der Rose hat ein Berichterstatter die örtliche Behandlung mit Ichthyol-Karbolfirnis nach Unna besonders bewährt gefunden, doch entgehen dabei leicht etwaige Abscessbildungen der Aufmerksamkeit. — An Pyämie und Septhämie wurden 23 Mann behandelt, von welchen 14 starben, 2 wieder dienstfähig und 5 anderweitig entlassen wurden. Meist fand sich Streptococcus pyogenes, 1mal daneben auch der Staphylococcus pyogenes aureus. 1mal war die Pyämie zu einem Tripper hinzugetreten; es bestanden vielfache Gelenk- und Hauteiterungen, so wie eine serös-blutige Pleuritis, welche den Tod herbeiführten; hier fanden sich in dem rahmigen, geruchlosen Eiter der Hautabscesse zahlreiche Gonokokken. Auffällig ist das 1mal beobachtete Auftreten der Pyämie nach Einreibung aufgesprungener Lippen mit Lippenpomade.

Bei den 5 Leuten, bei denen »Starrkrampf« angenommen wurde, konnte stets eine geringfügige Verletzung als Eingangspforte nachgewiesen werden; nur bei einem Erkrankten war dies nicht der Fall; hier ist den Krankheitserregern vielleicht durch eine vorausgegangene Mandelentzündung die Einwanderung ermöglicht worden. Die Zeit zwischen Verletzung und Beginn des Starrkrampfs betrug 8, 9, 10 und 20 Tage, die Tetanusbacillen wurden stets nachgewiesen, entweder durch Ausstrichpräparate, durch Kultur oder durch Überimpfung auf Mäuse. Bei einem Kranken mit geringfügigen Verletzungen am linken Zeigefinger und rechten Daumen traten zuerst in der linken, dann in der rechten Vorderarmmuskulatur unter bretthärter Spannung derselben Krämpfe auf, dann auch klonische Krämpfe in den Kaumuskeln; Heilung nach 8 Tagen. Bei einem Kranken beobachtete man während der Operation trotz Narkose bei jedem Hautschnitt Auslösung eines Reflexkrampfs. In der Muskulatur der linken Herzkammer wurden bei der Sektion 2mal Blutaustritte bis zu Erbsengröße gefunden. Bei 3 Kranken ist das Tetanusheilserum angewendet worden, nur 1 derselben genas; doch wird auch hier hervorgehoben, dass sich ein günstiger Einfluss der Einspritzung — 500 Antitoxineinheiten — nicht mit Sicherheit habe wahrnehmen lassen.

Von Kreuzottern wurden 2 Leute gebissen, die auftretenden bedrohlichen Erscheinungen gingen rasch vorüber. — Als Gelegenheitsursache für die Entwicklung von Sarkomen wurde fast stets einmalige oder wiederholte Verletzung der betreffenden Körpergegend festgestellt. Durch Operation wurde bei einem Sarkom des Unterhautzellgewebes am Kinn, bei einem Sarkom des Unterkiefers und bei einem von 3 Hodensarkomen Heilung ohne Recidiv erreicht. Krebs kam nur bei älteren Mannschaften vor mit Ausnahme eines jungen Mannes, welcher an Krebs des Pankreas und Duodenums, und eines Unterofficiers, der an Leberkrebs im Alter von $22^1/_2$ Jahren starb. Hier war weit seltener als beim Sarkom ein vorausgegangenes Trauma nachzuweisen.

Sehr auffallend ist das Auftreten einer Thrombose der linken Arter. tibial. antica nach zahlreichen Anfällen epileptischer Krämpfe, welche zu brandigem Ab-

sterben führte und zur Amputation nach Gritti nöthigte; die Krampfanfälle blieben hiernach nicht fort, doch hellte sich das stark getrübt gewesene Bewusstsein in der freien Zeit auf.

Auf dem Gebiet der Lähmungen peripherer Nerven wurden einige Beobachtungen von Interesse gemacht. 8mal wurde Lähmung des Musc. serratus major gesehen; 3mal wurde Heilung erzielt. Schon kurz andauernde Zerrungen des Nerven genügten, diese Lähmung herbeizuführen. So trat sie bei einem Mann ganz plötzlich auf, als er einen kräftigen Stoß mit dem Fechtgewehr ausführte; ein Musketier empfand bei einer Übung im Stütz am Querbaum einen heftigen Schmerz in der linken Schulter und ging 4 Wochen später dem Lazarett mit ausgesprochener Lähmung zu. Auch der Deltoideus war mehrfach, meist durch direkte Verletzung, Fall auf die Schulter, der Sitz einer Lähmung; 1mal trat Lähmung desselben in Folge Tragens eines schweren Balkens, 1mal auch nach infektiöser, fieberhafter Gelbsucht auf. Unter den 16 Lähmungen des N. radialis waren 6 als »Schlaflähmungen« aufzufassen, 4 waren durch Hufschlag, Stoß oder Fall gegen die Umschlagstelle verursacht. Eine Lähmung des linken N. peroneus wurde durch Abtragen eines Neurofibroms beseitigt. Eine 26 Tage nach der Verletzung ausgeführte Nervennaht des N. medianus hatte keinen Erfolg. Wegen der Art ihrer Entstehung von Bedeutung sind 3 Fälle von Ätherlähmung, deren eine den Extens. pollicis longus, die zweite denselben Muskel und den Extensor indicis, die dritte endlich einige vom Ulnaris versorgte Muskeln betraf. Die Äthereinspritzung war durch schweren Hitzschlag, bezw. Opiumvergiftung angezeigt gewesen, der Ausgang war stets günstig. — Die Neuritis ascendens ist durch 4 sehr bemerkenswerthe Fälle vertreten: 1) früher Erkrankung der Mittelfuß Zehengelenke, später bei Auftreten ähnlicher Schmerzen kaltes Fußbad; hierauf unter Schmerzen Schwund der Zwischenknochenmuskeln beider Füße mit typischer Klauenstellung der Zehen, Fortschreiten auf die oberen Zweige des Musc. tib. mit Equinusstellung; 2) Bleikolik vorausgegangen, Schlaflähmung des N. radial. d., Fortschreiten der Lähmung auf den Triceps und Deltoides; 3) und 4) Quetschung der Finger durch Auffallen eines Steins, bezw. durch Maschinenverletzung, Lähmen des Ulnaris, schließlich nach 3—4 Jahren Schwäche und Atrophie des ganzen Arms, Lähmung des Gefühls, Blaufärbung und Kälte mit Druckempfindlichkeit des Plexus, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit. — Sturz auf die Kreuzbeingegend veranlasste in 3 Fällen das Auftreten einer Entzündung des Plexus ischiadici, beiderseits Anfangs mit Schmerzen, später auch trophische und Mobilitätsstörungen, so wie Entartungsreaktion der Muskeln.

Nicht Wunder nehmen kann es, dass auch eine größere Zahl von Gehirn- und Rückenmarkserschütterungen vorkamen. 164 neue Fälle nebst 5 noch im Bestand verbliebenen Kranken. Als Ursache spielt Hufschlag nur eine geringe Rolle (1 Fall). Offenbar hat solcher meist andere Folgen, zumal Wunden. 1mal wurden vorübergehende Zeichen der Hirnerschütterung nach Kopfsprung beim Baden beobachtet. Durch Fall wurden 1mal neben anderen Zeichen auch 2 epileptiforme Anfälle verursacht, welche jedoch ohne Schaden vorübergingen. In 26 Fällen waren die Erscheinungen ernsterer Art, 3 endeten tödlich, 12 führten zur Dienstunbrauchbarkeit, doch handelte es sich bei den tödlich verlaufenen Fällen nicht mehr um reine Erschütterungen. Auch einen hier aufgeführten Fall, welcher wegen Krampfanfällen zur Trepanation Veranlassung gab, kann man nicht füglich als einfache Hirnerschütterung bezeichnen, da nach Eröffnung der Dura reichliche Mengen eines serösen Exsudats ausflossen; auch die in den nächsten Tagen unter Fieber auftretenden psychischen Erregungszustände weisen auf das Vorhandensein einer Meningitis hin; Genesung mit zurückbleibenden Schwindelgefühlen und Kopfschmerzen.

Schon in früheren Berichten hatten wir feststellen müssen, dass auch in der Armee Fälle traumatischer Hysterie vorkommen, und auch für das Berichtsjahr erfahren wir, dass die Neurose 14mal angenommen wurde, und zwar hatten die sie veranlassenden Verletzungen 7mal den Kopf, 5mal die Gliedmaßen betroffen, 2mal wurde Blitzschlag vor dem Diensteintritt als Veranlassung angenommen.

Als Grund für eine hartnäckige Ozaena wurde bei einem Mann ein am Boden der linken Nasenhöhle liegender Nasenstein von erheblicher Größe gefunden und entfernt mit vollkommenem Heilerfolg; den Kern dieses Steins bildete eine Metallöse, welche sich der Kranke als 3jähriges Kind in die Nase gesteckt hatte. Auch eitrige Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase kamen wiederholt zur Beobachtung. So fand sich 1mal eine nach der Augenhöhle durchgebrochene Eiterung der Siebbeinhöhle, bei deren operativer Eröffnung sich mehrere Sequester aus dem Dach und der innneren Augenhöhlenwand vorfanden; Anfangs schien die Eiterung hiernach zu versiegen, dann aber trat wieder Fistelbildung auf, wie zu Beginn.

Der chronische Kropf wurde 3mal mit gutem, 4mal ohne Erfolg mit Thyreoidin und Jodothyrin behandelt, ungünstige Nebenwirkungen wurden bei dieser Behandlung nicht gesehen. Eine Cyste von Walnussgröße im Pyramidenlappen wurde erfolgreich ausgeschält.

Angeborene Phimose wurde bei mehr als 200 Leuten operirt, meist durch einfache dorsale Spaltung, vielfach unter Bildung eines Roser'schen Läppchens, wobei man sich der Lokalanästhesie nach Schleich oder mittels Äthersprühers zu bedienen pflegte. Doch zog ein Operateur auch die Circumcision mit Naht der Blätter vor, wobei die Heilungsdauer auf etwa 10 Tage im Durchschnitt abgekürzt wurde. — Zahlreich waren die Hydroceleoperationen, meist nach v. Volkmann oder v. Bergmann. Doch wurde auch einmal nach einem in Greifswald üblichen Verfahren operirt: Punktion und Ausspülung mit 3%iger Karbollösung, nochmalige Einführung des Stilets in die Hülse des Trokarts und Anlegung einer Gegenöffnung am oberen Pol der Höhle, Durchziehen eines Drainrohrs und Kompressionsverband, Heilung in 14 Tagen; Narkose unnöthig. — Hinsichtlich der Behandlung des Trippers ergaben Versuche mit Airol keine guten Erfolge. Über Argonin in 1—3%iger Lösung sind die Urtheile nicht einstimmig, dasselbe gilt von Itrol und Argentamin. Beim chronischen Tripper werden Einspritzungen mit schwachen Höllensteinlösungen bewährt gefunden. Theilweise werden auch stärkere Lösungen mittels Guyon'schen oder Ultzmann'schen Katheters in den hinteren Harnröhrenabschnitt gebracht; doch musste man zuweilen wegen Reizung des Blasenhalses von Fortsetzung dieser Behandlung absehen. Janet'sche Spülungen mit allmählich stärker werdenden Lösungen von übermangansaurem Kali scheinen rasch und dauernd die Gonokokken zu beseitigen. — Über Behandlung der Syphilis wurden neue Beobachtungen nicht gemacht.

Außerordentlich häufig ist in der Armee die Phlegmone welche in 36041 Fällen in Zugang kam und die einzige Krankheit darstellt, welche anscheinend seit Jahren in steter Zunahme begriffen ist, indem sie von 47,4‰ der Kopfstärke in den Jahren 1881—1887 jetzt auf 70,0‰ der Kopfstärke gestiegen ist. Von sämmtlichen Behandelten sind 10 gestorben, 212 als dienstunfähig abgegangen, alle anderen geheilt. Der Bericht unterscheidet 2 Gruppen, solche mit begrenztem Entzündungsherd und solche mit mehr oder weniger schweren Allgemeinerscheinungen, welche namentlich dann gefährlich sind, wenn die Einbruchspforte der Krankheitserreger nicht festzustellen ist, und die Keime in entfernte Organe verschleppt werden. Für die mehr lokal verlaufenden Phlegmonen haben sich die Salzwedel'schen Alkoholverbände sehr bewährt. Aus der 2. Gruppe giebt der Bericht einige lehrreiche Beispiele.

Eben so werden auch von Osteomyelitis einige bemerkenswerthe Beispiele rasch tödlichen Verlaufs mitgetheilt, worunter namentlich 2 Fälle der Krankheit am Unterkiefer hervorgehoben zu werden verdienen, welche ohne nennenswerthe Eiterung verliefen. Auch ein Fall der von Kocher und Jordan beschriebenen unregelmäßig verlaufenden akuten Knochenerkrankung, welche leicht mit Sarkom verwechselt werden kann, ist zur Beobachtung gekommen. Eine besondere Veranlassung war dafür nicht nachzuweisen. Unter heftigem Fieber entwickelte sich innerhalb von 5 Wochen ein Hohlraum am Oberarm unter dem Biceps vom Ellbogengelenk bis zum Schultergelenk, welcher mit sarkomähnlichen Massen ausgefüllt war, auch der Oberarmknochen war brüchig und von demselben Gewebe durch-

setzt; hohe Oberarmamputation brachte Heilung, die Gelenke erwiesen sich als normal, im Gewebe fanden sich Diplokokken. Der Beobachter (Gröningen, Straßburg) führt gegen die Annahme eines Sarkoms den Diplokokkenbefund so wie das Vorhandensein des Fiebers an, ob mit Recht, muss dahingestellt bleiben.

Akute Gelenkentzündungen mit wässrigem oder blutigem Erguss waren meist durch Verletzungen veranlasst; zuweilen blieb die Resorption aus und es musste punktirt werden. Die meist nach Erkrankungen des Knochenmarks oder nach Tripper auftretenden eitrigen Exsudate machten zuweilen Operationen nothwendig. Die chronischen Entzündungen waren meist aus den akuten hervorgegangen. 13mal waren solche chronische Gelenkentzündungen durch Gelenkmäuse verursacht, welche in 12 Fällen operativ entfernt wurden. 11mal war das Kniegelenk, 2mal das Ellbogengelenk befallen, 6mal war Trauma vorausgegangen. 1mal waren beide Kniegelenke befallen, 3mal war mehr als 1 Körper vorhanden. Die Größe schwankte von 0,5 bis zu 4 cm. 11 Mann wurden wieder dienstfähig.

Von 12 Fällen von Muskelbruch betrafen 6 die Adduktoren des Oberschenkels, 1 die Wade, 2 die Recti abdominis, je 1 den Biceps brachii und die Glutäen. Stets war eine heftige plötzliche Muskelzerrung vorausgegangen, nur 5 wurden durch Lagerung und Druckverbände zur Dienstfähigkeit hergestellt, operative Eingriffe wurden von allen Kranken verweigert. — Als wirkliche Exercier- und Reitknochen lässt der Bericht nur solche Gebilde gelten, welche mit dem benachbarten Knochen nicht in knöcherner Verbindung stehen, schließt also exostosenartige Verknöcherungen der Sehnenansätze an die Knochen aus. Unter dieser Einschränkung sind nur 2 Geschwulstbildungen hier aufzuführen, deren einer an der Innenseite des linken Oberschenkels, der andere im Biceps brachii lag. Die letztere Neubildung schwand allmählich von selbst bis auf eine geringe Verhärtung. — Unter den Erkrankungen der Sehnen finden wir 3 aufgeführt, welche die Sehne des Extensor pollicis longus bei Trommlern betrafen; 1mal konnte plötzliche Zerreißung dieser Sehne beim Trommeln sicher festgestellt werden, man fühlte deutlich das distale Ende als stufenförmigen Absatz oberhalb des Handgelenks; da die Sehnennaht nicht gestattet wurde, wurde keine Heilung erreicht.

Unter den 1650 Knochenbrüchen finden wir nicht weniger als 478 Brüche des Unterschenkels, welche im Durchschnitt 64,2 Tage zur Heilung bedurften; der Oberschenkel wurde 70mal, der Oberarm nur 43mal gebrochen, während Brüche des Unterarms 268-, der Hand 219mal vertreten sind. Die 10 Todesfälle vertheilen sich so, dass 8 = 5% auf die 146 Brüche der Kopfknochen kommen, 1 = 20% auf die 4 Brüche der Wirbelsäule und 1 = 6,7% auf die 10 Brüche des Beckens. Von den Brüchen des Schädelgrundes heilte ein großer Theil, 11 sogar unter Erhaltung der Dienstfähigkeit, wogegen 3mal der Tod eintrat. Bemerkenswerth ist ein Fall, der durch Abbildung erläutert ist; nach Sturz mit dem Pferde auf den Hinterkopf war unter anderen Zeichen von Hirnverletzung auch vorübergehend Zucker im Urin aufgetreten; dann waren Krämpfe und Bewusstlosigkeit gefolgt und endlich nach 23 Tagen der Tod eingetreten; bei der Sektion fanden sich 3 von einander isolirte Systeme von Fissuren. — Unter den Veranlassungen spontaner Brüche finden wir: Kehrtmachen veranlasste einen Unterschenkelbruch, Griff »Gewehr über« Abreißen des inneren Oberarmknorrens, Halt im Laufschritt, Stiefelausziehen, Exercieren 2 Oberschenkelbrüche. Dabei bewies die glatte Heilung, dass die Knochen gesund waren. In 3 weiteren Fällen von Oberschenkelbruch lag Knochenerkrankung vor, 1mal durch Syphilis, 2mal durch Osteomyelitis, in welch letzteren Fällen Exartikulation nothwendig wurde. Über Verrenkungen wird eine statistische Zusammenstellung gegeben, welche sich auf 16 Jahre erstreckt, aber nur 3 Gruppen unterscheidet: Verrenkungen der oberen, der unteren Gliedmaßen und anderer Gelenke. Übrigens finden sich hinsichtlich der Zahl der Verrenkungen und ihrer Vertheilung auf die 3 Gruppen in den einzelnen Jahren keine sehr bedeutenden Abweichungen. Im Berichtsjahr betrugen die Verrenkungen an den oberen Gliedmaßen 80,9, an den unteren Gliedmaßen 17,9 und an den übrigen Gelenken 1,2% aller Verrenkungen.

Recht reichhaltig ist auch in diesem Jahre die Kasuistik der Schusswunden, wovon im Ganzen 345 mit 108 tödlichen Ausgängen in Zugang kamen. Bei der großen Rolle, welche der Selbstmord als Ursache für die Schussverletzungen spielt, kann nicht auffallen, dass nicht weniger als 131 mit 75 Todesfällen den Kopf und Hals betroffen hatten und dass sie fast alle aus nächster Nähe erfolgt waren, nur mit 2 Ausnahmen, in denen die Entfernungen 600 bezw. 1200 m betrugen. Die beiden letzteren Schüsse hatten die Brust getroffen, und wurden beide Verwundete hergestellt. Das aus 600 m treffende Geschoss hatte den Körper verlassen; die beiden nicht von einander zu unterscheidenden Öffnungen von 6 mm Durchmesser fanden sich in Höhe der 12. Rippe, 12 cm von einander entfernt zu beiden Seiten der Wirbelsäule, die Schussröhre verlief nur in Haut und Muskulatur, trotzdem aber wurde über kribbelnde Sensationen in beiden Händen und Füßen geklagt, die Heilung erfolgte glatt in 8 Tagen. Bei der Schussverletzung aus weiterer Entfernung, 1600—1800 m, blieb das Geschoss in der Rückenmuskulatur stecken, außer dieser waren noch getroffen Haut, Brustbein, Brustfell, rechter mittlerer und unterer Lungenlappen; auffallend war, dass erst 1/2 Stunde nach der Verletzung Blutung aus der Wunde erfolgte, geringes Hautemphysem und schwacher Blutauswurf, nach 3 Tagen Pneumonie und pleuritisches Exsudat; das Geschoss wurde 1/2 Stunde nach Verletzung ausgeschnitten; Heilung mit pleuritischen Schwarten. — Bei den Nahschüssen sehen wir erhebliche Knochenzertrümmerungen, große Risse in Gefäßen, Darmschlingen, Herz, ausgedehnte Gewebszertrümmerung, kurz, die bekannten Zeichen der hydrodynamischen Sprengwirkung oft sehr ausgeprägt, trotzdem aber zuweilen bemerkenswerthe Heilungen.

Unter den übrigen Wunden sehen wir von 9 durch Messerstiche verursachten Wunden des Brustfells 6 ohne Zwischenfall heilen, doch stellte sich bei einem Verwundeten bald starke Athemnoth ein, welche durch Aspiration eines 2 Liter betragenden blutig-serösen Exsudats aber rasch gehoben wurde. Eine Stichverletzung des 3. Zwischenrippenraums begann am linken Brustbeinrand, verlief 4 cm lang schräg nach unten und außen und schien außer der Lunge auch das Herz getroffen zu haben, der Puls war unregelmäßig und auf 40—45 Schläge in der Minute verlangsamt, Heilung unter Zurückbleiben von Herzklopfen und Beklemmungsgefühlen. — Wegen des späteren Eintritts des Todes, der erst 15 Minuten nach der That eintrat, ist die eine der beiden Schusswunden eines Selbstmörders zu erwähnen, welche rechte Kammer, Aorta, Lungenwurzel und 5. Rippe getroffen hatte.

Nach Abtragen eines vorgefallenen Netzstücks von Walnussgröße heilte eine Stichwunde des Unterleibes rasch, eine andere, bei welcher Ausfluss von Koth Bestehen einer Darmwunde verrieth, heilte ohne jeden Eingriff. — Beide Trommelfelle wurden durch indirekte Gewalt, durch einen Hufschlag gegen das Kinn gesprengt, doch blieb keine Beeinträchtigung der Hörfähigkeit zurück.

Unter den Simulationen ist ein Fall dadurch ausgezeichnet, dass der betreffende Mann im Stande war, Muskelzittern beider Arme bis zur Dauer von 5 Stunden auszuführen, ehe Ermüdung die Fortsetzung der willkürlichen Bewegungen verhinderte.

Beim Abschluss dieses schon ungebührlich langen Referats wollen wir nicht verfehlen, darauf aufmerksam zu machen, dass es offenbar dem Hand-in-Hand-Arbeiten der oberen Behörden, der Officiere und Sanitätsofficiere und der unausgesetzten Sorgsamkeit derselben zu danken ist, dass nicht allein die Infektionskrankheiten, darunter auch die venerischen Krankheiten, an Häufigkeit allmählich abnehmen, sondern dass dies auch sogar hinsichtlich der mechanischen Verletzungen in der Armee von Jahr zu Jahr mehr der Fall ist.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 45. **Sonnabend, den 11. November.** **1899.**

Die Sicherung der Gastroenterostomose durch Hinzufügung einer Gastrostomose[1]. (Gastroenterostomosis externa.)

Von

Prof. **O. Witzel** in Bonn.

Aus der Krakauer Klinik wurde durch M. Rutkowski in No. 39 dieses Centralblatts die Kombination der Gastroenterostomose mit einer Gastrostomose aus Gründen empfohlen, welche auch für mich zu ähnlichem Vorgehen vor Jahresfrist bestimmend waren.

[1] Anmerkung: Das Wort Gastrostomia ist seiner Zeit ohne philologisches Bedenken und Nachdenken dem richtigen Worte Gastrotomia nachgebildet worden; ich empfehle die richtig gebildeten Bezeichnungen Gastrostomosis (und Gastroenterostomosis), gestützt auf die Autorität Usener's.

Unter Vorstellung mehrerer geheilter Fälle habe ich die mich leitenden Momente in einem Vortrag dargethan, welchen ich in der Februarsitzung der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde hielt. Die gute Berechtigung des Verfahrens hat sich im Lauf des Jahres in einer Reihe von Fällen erwiesen, in denen aus verschiedenen Indikationen die Gastroenterostomosis externa ausgeführt wurde.

In einer im Druck befindlichen gemeinsamen Arbeit werde ich mit Herrn Dr. Hofmann (Deutsche med. Wochenschrift) über meine gesammten Erfahrungen bei Magenoperationen berichten. Schon jetzt möchte ich aber den Fachgenossen, welche sich zur Gastroenterostomosis externa entschließen sollten, empfehlen, nicht, wie Rutkowski, die Gastrostomose der Gastroenterostomose folgen zu lassen, sondern sie ihr vorauszuschicken, weil sonst leicht bei der Reposition des Magens der Schlauch wieder aus dem Darm schlüpfen und so der ganze Zweck des Vorgehens vereitelt werden kann. — Ich wähle einen Nélatonkatheter stärksten Kalibers, welcher nur am Ende noch einige Öffnungen erhält; der Theil, welcher im Innern des Magens und im Bereich der Magen-Darmöffnung zu liegen kommt, bleibt ungelocht. Der Schlauch wird zunächst nach meiner Methode so eingenäht, dass 2 Drittel im Innern des uneröffneten Magens liegen; vor Ausführung der vorderen Verschlussnaht der Magen-Darmverbindung (Gastroenterostomosis posterior!) wird dann das Rohr an der hinteren Umrandung der letzteren durch eine starke Katgutnahtschleife befestigt, welche, einen Spielraum von ca. 3 cm gewährend, ein Zurückschlüpfen des 10 cm langen, im Dünndarm liegenden Stücks unmöglich macht. — Gleich auf dem Operationstisch wird Kognakmilch eingegossen, und dann ergiebig ernährt. **Nur diese sofortige Ausdehnung des abführenden Dünndarmtheils schützt vor der Entstehung des falschen Weges in den oberen zuführenden Theil!**

---

1) **Matthiolius.** Über Schädeloperationen bei Epilepsie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 1.)

Die aus der Klinik von Braun hervorgegangene äußerst fleißige Arbeit bildet eine Vervollständigung der von diesem Autor früher gelieferten Statistik über die operative Behandlung der traumatischen Jackson'schen Epilepsie (cf. Centralblatt 1898 p. 956), indem sie jetzt auch die im letzten Jahrzehnt veröffentlichten Operationen bei anderweitigen Epilepsieformen zusammenstellt und einer kritisch-statistischen Prüfung unterzieht. Voraufgeschickt sind dieser Kompilation die Berichte 4 neuer einschlägiger Operationen von Braun, für deren Besprechung an dieser Stelle die Mittheilung der betreffenden Krankengeschichtstitel genügen wird; 1) Nicht traumatische Jackson'sche Epilepsie — elektrisch bestimmte Centren des Krampfbeginns entfernt. — Keine Besserung. 2) Nicht traumatische Jack-

son'sche Epilesie. — Eröffnung des Schädels nach Wagner — ausgedehnte Geschwulst (Sarkom). Versuch der Exstirpation wegen Blutung abgebrochen. Krämpfe nicht beeinflusst. 3) Traumatische allgemeine Epilepsie. Beseitigung eines mit der Dura verwachsenen Knochensplitters der Tab. int. — Heilung. 4) Traumatische allgemeine Epilepsie. Wagner'scher Lappen abgeklappt. Einlegen von Protektiv — zu kurz beobachtete Besserung.

Das zusammengestellte Material theilt sich in folgende Gruppen:

I.	Nicht traumatische Jackson'sche (partielle) Epilepsie	Fall	1—87
II.	Traumatische allgemeine Epilepsie	»	88—137
III.	Nicht traumatische allgemeine Epilepsie	»	138—160

welchen 160 Fällen noch die 4 neu publicirten von Braun hinzuzufügen sind. Bei Besprechung der mit der operativen Behandlung erzielten Resultate wird die Statistik der traumatischen Jackson-Epilepsiefälle zum Vergleich herangezogen. Wir reproduciren die wichtigsten Zahlen tabellarisch.

Im Allgemeinen ist hierzu noch Folgendes zu bemerken. Am nächsten den Resultaten bei der traumatischen Jackson-Epilepsie stehen diejenigen bei der traumatischen Allgemeinepilepsie, die also »nicht gegen eine gewisse Berechtigung der Trepanation auch bei dieser zu sprechen scheinen«. Die Sterblichkeit war bei den Operationen wegen traumatischer Jackson-Epilepsie ganz erheblich geringer als bei allen übrigen Epilepsieformen, so dass die Gefahr der Trepanation bei diesen letzteren Fällen keineswegs als irrelevant betrachtet werden kann. Am größten war die Sterblichkeit bei der nicht traumatischen Jackson-Epilepsie. Braun hat aus seiner Statistik der traumatischen Jackson-Epilepsie gefolgert, dass die gute Prognose der Operation nicht, wie von anderer Seite behauptet, von einem kürzeren Bestehen der Krankheit (weniger als 3 Jahre) abhängig sei. M. bestätigt diese Beobachtung auch für die übrigen Epilepsiearten: auch hier hatten 6 Geheilte die Krämpfe bereits über 3 Jahre, 3 derselben sogar über 10 Jahre lang. Eben so wenig zeigte sich der Operationserfolg von einem jüngeren Lebensalter der Pat. abhängig. Bei einem von traumatischer Epilepsie Geheilten ist angegeben, dass er über 30 Jahre alt war, und von den übrigen Geheilten mit Altersangabe (12) hatten 7, also über die Hälfte, dieses Alter überschritten.

Die Eigenthümlichkeiten des Eingriffs bei den 24 Geheilten von M.'s 164 Fällen waren folgende:

Trepanation ohne Eingriff am Gehirn	4	Fälle
» mit Eingriff an letzterem inkl. Dura mater	20	»
Operationen an der Dura allein	6	»
Eingriffe ins Gehirn und zwar	14	»
Probestich und Probeexcision von Geschwulstmasse	4	»
Flüssigkeitsentleerung aus einer Cyste oder dem Gehirn	3	»

	Traumatische Jackson-Epilepsie[1]	Andersartige Epilepsien in Summa	Nichttraumatische Jackson-Epilepsie	Traumatische allgemeine Epilepsie	Nicht-traumatische allgemeine Epilepsie	Traumatische Fälle zusammen	Nicht-traumatische Fälle zusammen	Partial-Epilepsie in Summa	Allgemeine Epilepsie in Summa
Zahl der Operirten	169	164	89	52	23	221	112	258	75
Davon mit cerebralem Eingriff operirt	23 (Exstirpation aus der Rinde)		61 (33 Geschwulstoperationen)	20	2				
Davon gestorben	9 (5,3%)	31 (18,9%)	25 (28,1%)	3 (5,8%)	3 (13%)	12 (5,4%)	28 (25,0%)	34 (13,2%)	8%
Zu kurze Zeit beobachtet	61 (36,1%)			12 } (53,9)	4			78 (30,2%)	} 56%
Keine Einwirkung auf die Epilepsie zeigten	30 (17,8%)		25 (28,1%)	16 }	10			55 (21,3%)	}
Vorübergehende Besserung bei	9 (5,3%)		1 } (11,2%)	1 } (21,1%)	1 } (17,4%)	} 41 (18,5%)	} 14 (12,5%)	10 } (15,5%	} 36%
Dauernde Besserung bei	21 (12,4%)		9 }	10 }	3 }	}	}	30 }	}
Heilung 1/2-1 Jahr bei	17 (10,1%)	8 (4,9%) } 24 (14,6%)	6 } (13,5%)	} 10 (19,2%)	—	} 49 (22,2%)	} 14 (12,5%)	23 } (19,8%)	}
» üb. 1 Jahr bei	12 (7,1%)	13 (7,9%) }	6 }	}	2 (8,7%)	}	}	18 }	}
» üb. 3 Jahre bei	10 (5,9%)	3 }		3 }	—	}	}	10 }	}
Also Erfolge	40,8%		23,7%	40,3%	26,1%	40,7%	25%	35,3%	36%
Misserfolge	59,2%		75,3%	59,7%	73,9%	59,3%	75%	64,7%	64%

[1] Nach den Statistiken von Braun und Graf.

Excision des elektrisch bestimmten, krampfbeginnenden Centrums . . . . 1 Fall
Geschwulstexstirpationen . . . . 6 Fälle

Die Exstirpation des krampfbeginnenden Centrums ist außer in diesem geheilten Falle noch 13mal ausgeführt. Resultate: Heilung 1 (7,1%), Besserung 2 (14,3%), zusammen 21,4% Erfolge. Die 78,6% Misserfolge kommen auf fragliche oder negative Erfolge 5 (35,7%) und 1 Tod (7,1%). Eine auffallende Wirksamkeit des Eingriffs hat sich also in den M.'schen Fällen eben so wenig konstatiren lassen, wie ihn Braun für die traumatische Jackson-Epilepsie gefunden hat.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **J. Perl.** Zur Behandlung der Spondylitis.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. XVI.)

Verf. schildert auf Grundlage des Materials der chirurgischen Poliklinik des jüdischen Krankenhauses in Berlin die Anschauungen Karewski's. In erster Linie betont P. die Wichtigkeit eines allgemein hygienisch-diätetischen Verfahrens. Doch warnt er vor warmen Salzbädern und Solbadekuren. Intern wird bei Spondylitis Kreosot verabreicht. Was die Lokalbehandlung anlangt, betont P. besonders die Verhütung der Buckelbildung, was durch möglichst frühzeitige Behandlung der Erkrankung zu geschehen hat. — Hierauf bespricht P. die Möglichkeiten einer Frühdiagnose und betont deren hervorragende Wichtigkeit für eine erfolgreiche Therapie. Ruhigstellung der Wirbelsäule, Entlastung der erkrankten Partien und Verhütung der Kontrakturstellung sind das Wesentliche bei der Behandlung, die womöglich den Aufenthalt in frischer Luft gestatten soll. Schwere Fälle von Spondylitis der oberen Wirbelabschnitte werden in Rückenlage mit Extension am Kopf behandelt, während leichtere Fälle ein Celluloidkorsett mit Hessing'schem Kragen bekommen. Am Kopf wird durch Gummizug extendirt. An Stelle der großen Calot'schen Gipsverbände empfiehlt P. die von Karewski angegebenen Gipsanzüge. Nach Ablauf der floriden Erscheinungen kommt das Sayre-sche Korsett in Anwendung. Senkungsabscesse werden möglichst konservativ behandelt, und nur in besonderen Fällen wird die Punktion mit nachfolgender Jodoformölinjektion vorgenommen. Retropharyngealabscesse werden, wenn es der Kräftezustand der Pat. erlaubt, nach der Burckhardt'schen Methode von außen eröffnet. Bei solchen Abscesseröffnungen kann man ab und zu den Versuch einer Radikaloperation machen. Doch sind solche Eingriffe nur sehr selten indicirt. — P. ist kein unbedingter Anhänger der Calot-schen Methode und mahnt zur Vorsicht unter Hinweis auf die Erfahrungen von Wullstein, Drehmann und Menard. Auch die auf funktionelle Orthopädie basirten Wolff'schen Etappenverbände hält P. für keinen Fortschritt, da doch die Indikation zur völligen Ruhigstellung der Wirbelsäule vorhanden ist.

Payr (Graz).

---

3) **Ehret.** Beiträge zur Skoliose nach Ischias.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 5.)

Die bisher von den verschiedenen Autoren in so verschiedener Weise beantwortete Frage nach dem Entstehen der Skoliose bei Ischias löst E., wie mir scheint, in überzeugender Weise.

Zunächst stellte er sehr genaue Untersuchungen und Messungen über den Verlauf des N. cruralis und ischiadicus an Leichen an. Er stellt fest und demonstrirt dies sehr augenfällig in graphischer Darstellung durch Kurven, dass der N. cruralis im Becken zunächst ventral- und lateralwärts läuft und seinen am meisten ventral- und lateralwärts gelegenen Punkt $1^1/_2$—3 cm unterhalb des Poupart'schen Bandes erreicht; von da ab wendet er sich wieder medial- und dorsalwärts. Der N. ischiadicus verläuft zuerst nach lateral- und dorsalwärts, biegt in der Höhe des oberen Randes des Trochanter major in einem Winkel um und läuft dann etwas medialwärts gerichtet in der sagittalen Ebene nach unten.

Durch Leichenexperimente stellt E. ferner fest, dass durch bestimmte Veränderungen der Lage des Oberkörpers zum Bein sich auf beide Nervenstämme entspannende Effekte hervorrufen lassen. Es sind dies die Lageveränderungen, welche den möglichst gradlinigen Verlauf der Nerven bedingen. Diese Lageveränderungen bestehen in Flexion und Abduktion in der Hüfte; die Flexion spielt für die Entspannung des N. cruralis, die Abduktion für die des N. ischiadicus die Hauptrolle.

Der Kranke nimmt also die Stellung ein, bei der die afficirten Nerven am wenigsten gespannt werden. Instruktive Photographien zeigen im Liegen, Sitzen und Stehen die charakteristischen Haltungen. Es bedarf danach für den Chirurgen kaum noch des Hinweises, dass die Skoliose nichts ist, als kompensatorische Ausgleichung der Abduktionsstellung.

Haeckel (Stettin).

---

4) **Schanz.** Das modellirende Redressement schwerer Skoliosen. (Aus der orthopädischen Heilanstalt von Dr. A. Schanz in Dresden.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 22. Therapeutische Beilage.)

S. hält für die Behandlung schwererer Skoliosen die Anlage der gewöhnlichen Gipskorsetts für ungenügend. Er verlangt, dass der fixirende Verband vielmehr auch den oberen Theil des Rumpfs beherrscht und desshalb vom Becken bis zum Kopf herauf geführt wird.

Er beschreibt seine besonders hierauf gerichtete Behandlungsmethode.

Er wendet mit besonderem Nachdruck direkte Manipulationen zur Beseitigung der Deformität an und bedient sich zur Anlegung seines Verbandes freier Suspension mit starker Extension.

Die Anlage des Verbandes ist sehr einfach. S. umwickelt den Pat. zuerst mit einer dünnen Wattelage und legt darauf einen dicken,

durch Holzspäne oder Aluminiumschienen verstärkten fest anliegenden Gipsverband, wobei er breite, bis zum Reißen anzuziehende Gipsbinden verwendet; nur am Bauch ist zu starker Druck zu vermeiden. Ist der Verband erstarrt, aber noch durch kräftigen Druck umformbar, so wird auf die Rippenbuckel ein kräftiger Druck ausgeübt, bis der Verband völlig erhärtet ist. Dann wird Pat. aus dem Suspensionsrahmen genommen.

Der erste Verband wird nach 3—4 Wochen gewechselt, nachdem wieder redressirende und mobilisirende Bewegungen gemacht worden sind.

Im Ganzen bleiben die Pat. 2—3 Monate im Verband.

Auf diese Weise bleibt auch bei einer schweren Skoliose nur ein geringer Rest der Deformität zurück. Die Nachbehandlung besteht im Tragen eines guten Stützkorsetts und Massage.

Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

5) **N. Sack.** Über akute und chronische Adenoiditis bei Kindern.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. No. 8. [Russisch.])

S. weist darauf hin, dass die Entzündung der adenoiden Vegetationen leicht andere Krankheiten vortäuschen kann: Nasen-, Rachen- und Ohrenleiden, Skrofulose, Drüsenschwellungen am Hals. Er beschreibt einen Fall von vermeintlicher Tuberkulose der Halsdrüsen, der sich durch gleichzeitige Nasensymptome als chronische Adenoiditis erwies und nach Operation der Vegetationen bedeutend gebessert wurde. — Pfeiffer's Drüsenfieber bietet große Ähnlichkeit mit der akuten Adenoiditis; Filatow's chronische Influenza mag nichts Anderes als chronische Adenoiditis gewesen sein. Man muss also in entsprechenden Fällen an die Vegetationen denken und den Pat. auf eine ev. mögliche Adenoiditis hin untersuchen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

6) **M. François-Frank.** Signification physiologique de la résection du sympathique dans la maladie de Basedow, l'épilepsie, l'idiotie et le glaucome.

(Bull. de l'acad. de méd. 1899. No. 22.)

Verf. setzt sich in seinen experimentellen Untersuchungen zum Ziel, nachzuforschen, welchen Einfluss die Ausschaltung des Halssympathicus auf die Cirkulation in der Schilddrüse, in dem Gehirn, auf das Auge und Herz hat.

Der Sympathicus ist der Propulsor des Auges. Durch seine Ausschaltung wird der Exophthalmus unterdrückt, eben so wie der intraokuläre Druck herabgesetzt wird. Er ist der Vasokonstriktor der Schilddrüse. Seine Ausschaltung fügt also zu der aktiven Kongestion bei Basedow'schem Kropf noch eine paralytische. Die Vasodilatatoren der Schilddrüse sind in den Nervi laryngei enthalten. Eben so

wenig ist der Sympathicus der sekretorische Nerv der Thyroidea. Seine vasokonstriktorische Thätigkeit im Gehirn ist sicher. Die Nervi accelerantes des Herzens werden nur in ganz geringer Stärke vom Halssympathicus geliefert, in der Hauptsache vom obersten Brustganglion. Der Reiz auf die Aorta wie auf das Herz so wie die des Sympathicus sind im Stande, ein Bild cirkulatorischer Reaktionen herbeizuführen, wie es der Morbus Basedowii bietet. Durch die Resektion des Sympathicus werden die centripetalen Wege ausgeschaltet. Desshalb dürfte die Operation vielleicht angezeigt sein bei Angina pectoris.

Borchard (Posen).

---

7) **Stockmann.** Die Bottini'sche Operation bei der Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. Nr. 22 u. 23.)

S. tritt mit Wärme für das Bottini'sche Verfahren nach vorheriger Cystoskopie ein. Er bedient sich einer starken Batterie und eines schneidenden Instruments. Um festzustellen, ob das eingeführte Messer die nöthige Glühkraft hat oder nicht, benutzt S. die Auskultation oberhalb der Symphyse. Die Intensität des dort hörbaren zischenden Geräuschs ist ein absolut sicheres Merkmal hierfür. Die Incisionen werden mittels des von Freudenberg modificirten Incisors ausgeführt.

S. beschreibt dann die Technik seines speciellen Verfahrens. Er operirt nach Ausspülung unter lokaler Anästhesie bei leerer Blase. Nach der Operation wird die Blase mit schwacher Höllensteinlösung ausgespült, später ev. katheterisirt. Bettruhe ist nur ca. 24 Stunden nöthig.

Verf. operirte im Ganzen 7 Personen in 9 Sitzungen mit 24 Schnitten. Die Fälle, bei denen in Weißglühhitze des Messers operirt wurde, verliefen durchaus reaktionslos.

In einem der Fälle hatte S. vorher ohne Erfolg die doppelseitige Resektion der Samenstränge vorgenommen. Bottini half hier sofort.

In einem weiteren mit Schrumpfblase verbundenen Falle besserte sich die Blasenkapacität sehr beträchtlich, dessgleichen das Allgemeinbefinden.

Einmal bei einem 68jährigen Rentier trat fast gar keine Besserung ein.

Das Facit der nach Bottini behandelten Fälle war: 1 geheilt, 4 gebessert, 1 ungeheilt und 1 gestorben.

Eine größere Umfrage und litterarische Nachschau gab S. 51% Heilungen, 26% Besserungen, 14% ungünstige Erfolge und 8% Todesfälle. Doch participirt hieran Bottini allein mit über einem Drittel sämmtlicher Fälle.

Ein Vergleich mit den anderen Operationen ergab für Bottini keinen wesentlichen Unterschied in Bezug auf die Zahl der »guten« Resultate.

Diesen gegenüber besteht der Vorzug der Bottini'schen Operation in dem Wegfall der Verstümmelung und der Möglichkeit der Wiederholung der Operation bei Erfolglosigkeit resp. Recidiven.

Eine gefährliche Komplikation bilden besonders die bisweilen auftretenden Nachblutungen. Weiter kommen Urethralfieber, Prostataabscess, Epididymitis, Phlebitis, Thrombose und Pyelitis in Betracht.

Als Indikation betrachtet S. in allererster Linie chronische komplete Harnretention mit intakter Kontraktionsfähigkeit der Blasenmuskulatur und womöglich normalem Urin, in 2. Linie chronische inkomplete Retention. Kontraindikationen bilden dagegen Pyelitis, Pyelonephritis, eitrige Cystitis, Konkremente, Detrusorlähmung.

Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

8) A. P. Iwanow. Einige Bemerkungen zu Gunsten der primären Blasennaht bei hohem Steinschnitt.

(Wratsch 1899. No. 29. [Russisch.])

I. wandte von 13 Fällen in 12 die Blasennaht an, 6mal mit vollem Erfolg; 6mal musste die Wunde zum Theil geöffnet werden, und die Heilung erfolgte in 25—60 Tagen, nur 1mal nach 4 Monaten (Pyelitis). In dem Falle mit offener Behandlung heilte die Wunde nach 58 Tagen. I. näht die Blase mit Seide (5—9 Knopfnähte), dann wird sie unten mit 2—3 Nähten an die Bauchwand befestigt, und schließlich die Hautwunde vollständig genäht. Kollodiumverband. Am 1. Tage jede 2—3 Stunden Katheterismus, vom nächsten Tage an urinirt Pat. selbst. Steigt die Temperatur oder röthen sich die Wundränder, so nimmt man mehrere Nähte ab und tamponirt mit Jodoformgaze.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

9) Boari. Il trattamento della estrofia vesicale con la cistocolostomia.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 91. Accad. med. chir. di Ferrara. Seduta del 2 giugno.)

Die Methoden von Thieyck, Trendelenburg, Passavant und Segond machen den Zustand des Kranken nicht erträglich, da die Inkontinenz in Folge der Unmöglichkeit, neue Sphinkteren zu schaffen, bestehen bleibt. Auch bei Rutkowski's Verfahren muss nachher ein Apparat zum Auffangen des Urins getragen werden. Die Maydl'sche Methode, die in 21 Fällen angewandt wurde, die Verbindung des Harnleiter-Blasenlappens mit dem Darm, ist mit dem Leben verträglich. Eine ascendirende Infektion kann vermieden werden. Die gesunde Schleimhaut des unteren Intestinaltractus gewöhnt sich an die Berührung mit Urin, wenn auch Pozza und Trendelenburg Rectitis und Colitis beobachtet haben. Der anale Sphinkter war Tags sufficient, Nachts dagegen in einigen Fällen (Krinsky, Mikulicz, Eiselsberg, Pozza) insufficient. In 2 Fällen

wurde Pyelitis beobachtet, doch waren hier wahrscheinlich schon vorher die Nieren nicht intakt. Einige Operirte entleerten Urin und Koth gesondert. Die Resultate sind besser als die der Harnleitereinpflanzung in den Darm, wohl nicht desshalb, weil der Verschlussapparat erhalten wird, sondern weil Vernarbungsvorgänge die Harnleitermündung weniger leicht verändern können. **Dreyer** (Köln).

---

10) Boari. Ernia dell' uretere destro nel canale inguinale.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 91. Accad. med. chir. di Ferrara. Seduta del 2 giugno.)

Blasenbrüche sind nach B.'s Erfahrungen nicht selten. Er fand sie unter 230 Operationen an Hernien 3mal. 1mal wurde bei der Operation die Blasenwand verletzt und genäht. Seltener findet sich ein Harnleiter im Bruchsack, was B. 1mal beobachtet hat. Es war ein Leistenbruch, in dem sich gleichzeitig ein Theil der Harnblase und eine Darmschlinge vorfanden. Nur Reichel (1892) scheint etwas Ähnliches beobachtet zu haben. Er hatte den mit dem Bruchsack verwachsenen Harnleiter durchschnitten und nähte ihn an die Haut an. Es entstand eine Hydronephrose, die zur Nephrektomie führte. B. bemerkte den Harnleiter rechtzeitig und konnte denselben in einer Länge von 12 cm isoliren, ohne Komplikationen hervorzurufen. Er weist darauf hin, wie wichtig es ist, bei allen Blasenbrüchen auf das Vorhandensein eines Harnleiters zu achten. Das Verfahren von Reichel ist nicht mehr erlaubt. Ist der Harnleiter durchschnitten, so müsste er heute wieder in die Blase eingenäht werden, was bei dem Falle extraperitoneal in loco erfolgen könnte.

Dreyer (Köln).

---

11) Lotheissen. Über Uretertransplantationen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 36.)

An der Hand eines Falles von Uteruscarcinom, in welchem wegen Einbettung in infiltrirtes Gewebe absichtlich ein Theil des Harnleiters resecirt wurde, bespricht L. unter eingehender kritischer Würdigung mit historischer Vollständigkeit die einzelnen Methoden der Harnleitertransplantation. Er unterscheidet 2 Arten, die der Transplantation in die Blase und die in den Darm.

Er bezeichnet das Verfahren von Büdinger (Einpflanzung der Harnleiter in die Blase nach dem Witzel'schen Princip der Kanalbildung für die Gastrostomie, das ja der schiefen Einmündung des Harnleiters in die Blase nachgebildet ist) als die Normalmethode für die Ureterocystoneostomie.

Indikationen für letztere geben 1) Angeborene Anomalien (abnorme, außerhalb der Blase gelegene Ausmündung des sonst normalen oder eines überzähligen Harnleiters); 2) ev. auch enge Striktur im untersten Theil des Harnleiters; 3) frische Verletzungen (unabsichtliche oder absichtliche Resektion) und 4. deren Folgezustände, also

Harnleiterfisteln. Letztere können übrigens auch bei Nekrose des Harnleiters entstehen.

Unter 44 derartig operirten Fällen waren 6 Todesfälle, die nach Abzug von 2 Fällen, bei denen der Tod nicht der Operation zur Last fiel, 4 = 9,09% übrig bleiben. Bezüglich der Ausführung der Operation scheint L. die vaginale Implantation ohne Eröffnung des Bauchfells die idealere zu sein.

Bei der Einpflanzung der Harnleiter in den Darm ergiebt die Transplantation nach Maydl die besten Resultate, 27% Sterblichkeit bei 26 Fällen der Litteratur von Ektopia vesicae. Aus anderen Ursachen (Blasentuberkulose, Blasengeschwülste, Harnleiterfisteln, ja auch wegen Ektopia, aber ohne Einpflanzung der Blasenmündung der Harnleiter) wurde 15mal operirt mit 60% Sterblichkeit.

Die Erfahrung zeigt, dass diese Operation wesentlich gefährlicher ist als Einpflanzung in die Blase, und dass sie somit nur im Nothfall auszuführen ist.

Als Indikationen für die Implantation in den Darm lässt L. daher nur folgende gelten:

1) Ektopia vesicae, wenn es nicht gelingt, durch plastische Operationen Heilung zu erzielen (natürlich mit Hilfe von Apparaten).

2) Epispadie, wenn kein Sphinkter vorhanden ist und sich anders, z. B. mit Pelotte, der Harn nicht zurückhalten lässt.

3) Blasenexstirpation: a. wegen vorgeschrittener Blasentuberkulose, bei der andere Therapie erfolglos gewesen; b. wegen bösartiger Geschwülste, primärer oder sekundärer.

4) Eine carcinomatöse Blasen-Scheidenfistel, wenn man nicht die Kolpokleisis vorzieht.

Hübener (Dresden).

---

12) J. A. Amann jun. Über Neueinpflanzungen des Ureters in die Blase auf abdominalem Weg zur Heilung von Ureter-Cervicalfisteln.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 34.)

A.'s Ausführungen werden von ihm selbst in folgenden Sätzen zusammengefasst: 1) Die anatomischen Verhältnisse (selbständige Ernährung) gestatten größere Bloßlegungen des Ureters ohne Nachtheil. (A. theilt hierzu einige eigene Operationsfälle mit.) 2) Die auf die topographisch-anatomischen Verhältnisse mehr Rücksicht nehmenden modernen Operationsmethoden schützen vor Verletzungen des Ureters, so besonders durch breites Ablösen der Blase, Vermeidung von Massenligaturen, isolirte Gefäßunterbindung, ausgiebige Stielung der Ligamente vor Anlegung von Klemmen, Herauspräpariren des Ureters während der Operation. 3) Der mit Hilfe des Cystoskops auszuführende Katheterismus der Ureteren ist mehr, als dies bisher geschieht, in den betreffenden Fällen anzuwenden. 4) Bei frischen Ureterverletzungen während der Operation ist, wenn die direkte Vereinigung nicht leicht möglich ist, die intraperitoneale Einpflanzung

des Ureters in die Blase nach Witzel vorzunehmen. 5) Bei alten Ureter-Vaginalfisteln ist, wenn nicht zu viel Narbengewebe vorhanden, eine vaginale Methode womöglich mit Ausschälung des Ureters zu versuchen. Bei Uretercervicalfisteln soll in geeigneten Fällen vaginal mit Spaltung der vorderen Uteruswand der Ureter aufgesucht und in die vom Uterus abgelöste Blasenwand eingepflanzt werden. In den meisten Fällen ist die intraperitoneale Methode von Witzel zu empfehlen. (A. theilt 3 von ihm erfolgreich operirte — 1mal durch extraperitoneale Einpflanzung — Fälle mit.) 6) Die Exstirpation einer gesunden Niere wegen Ureterfistel ist zu verwerfen. Bei Pyelitis sind zunächst Ausspülungen des Nierenbeckens vorzunehmen. Auch bei bestehender Pyelitis sind Einheilungen des Ureters in die Blase und spätere Ausheilungen der Pyelitis erzielt worden. 7) Jede Art von Kleisis, ob am Uterus oder im obersten Theil der Vagina oder tiefer unten in der Scheide, ist zu verwerfen. 8) Die Entfernung des Uterus Behufs Umwandlung einer Ureter-Cervicalfistel in eine Ureter-Vaginalfistel ist unnöthig.

Kramer (Glogau).

---

13) **Casati.** Nuovo processo di nefropessia.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899. No. 106. Accad. med. chir. di Ferrara. Seduta del 29 luglio.)

Nach vielen Versuchen an der Leiche hat C. folgendes Verfahren der Nierennaht einmal mit Erfolg angewandt. Hautschnitt vom Rippenrand bis zur Spina ant. inf. am äußeren Rand des Musculus rectus. Nachdem man zum Bauchfell gelangt ist, wird dasselbe so weit verschoben, bis man die Niere erreicht, die in der Wunde befestigt wird. Der vordere, fast fettfreie Theil der Kapsel wird gelöst und eine Naht mit grobem Katgut durch den unteren Nierenpol und die Decken im 11. Interkostalraum gelegt, die lediglich zur momentanen Fixirung dienen soll. Mit dem Messer setzt man nunmehr eine Reizung an dem hinteren Bauchfell, das der vorderen Nierenwand entspricht und legt zwischen Niere und Bauchfell einen großen, breiten Gazestreifen ein, der aus dem oberen Wundwinkel herausgeleitet wird. Die übrige Wunde wird geschlossen. Nach 7 Tagen zieht man von dem Gazestreifen täglich ein Stück heraus, bis derselbe in 4 Tagen vollständig entfernt ist. Die Niere wird hierdurch in ihrem eigentlichen Bett fixirt. In dem operirten Falle konnte nach 50 Tagen bei tiefen Einathmungen und nach Anstrengungen nur der untere Nierenpol gefühlt werden.

Dreyer (Köln).

---

14) **J. Veit** (Leiden). Handbuch der Gynäkologie. Bd. III., 1. und 2. Hälfte.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1898—99.

Das große V.'sche Handbuch, dessen 2. Band wir im vorigen Jahr (Centralblatt 1898 No. 9 p. 253) besprachen, ist nunmehr zum

Abschluss gelangt, und die deutsche medicinische Litteratur damit um ein Werk bereichert, das auf Jahre hinaus für die Gynäkologie maßgebend sein wird, und das in Bezug auf Gründlichkeit, Sachlichkeit der Darstellung und Vollständigkeit der Litteraturbearbeitung als mustergültig bezeichnet werden darf. Das Programm und Ziel des Handbuchs, welches der Herausgeber im Vorwort zum 1. Band so treffend präcisirt hat (cf. dieses Blatt 1896 p. 1242), darf jetzt nach Abschluss des Werkes als erfüllt bezeichnet werden, und der Gynäkolog nicht minder als der Arzt und Studirende und, fügen wir hinzu, auch der Chirurg werden das Buch bei ihrer wissenschaftlichen und praktischen Arbeit als zuverlässigen Führer und Helfer benutzen können.

Über den Inhalt des III. Bandes sei das Folgende bemerkt: Es bearbeiteten in demselben Gebhard-Greifswald die Menstruation, V.-Leiden die Erkrankungen, der Vulva, Pfannenstiel-Breslau die Erkrankungen des Eierstocks und Nebeneierstocks, v. Rosthorn-Prag die Krankheiten des Beckenbindegewebes, Winter-Königsberg, Frommel-Erlangen, Gessner-Erlangen und Sarwey-Tübingen das Carcinoma uteri, Veit-Leiden das Deciduoma malignum, Winternitz-Tübingen die Hämatocele, Kleinhans-Prag und Veit-Leiden die Erkrankungen der Tube, Döderlein-Tübingen die allgemeine Peritonitis, endlich Gessner-Erlangen das Sarkom und Endotheliom des Uterus. Ein ausführliches Namen- und Sachregister zum Gesammtwerk schließt den III. Band ab.

Wie aus dieser kurzen Inhaltsangabe schon ersichtlich, ist dieser Band speciell für Chirurgen von Interesse. Die Arbeiten von Pfannenstiel, v. Rosthorn, Frommel, Gessner, V., Döderlein dürften allen Chirurgen bald eben so bekannt sein, wie den Gynäkologen. Ohne auf Einzelheiten weiter einzugehen, kann Ref. nicht unerwähnt lassen, dass ihm die Arbeit v. Rosthorn's über die Krankheiten des Beckenbindegewebes in Form und Inhalt als die vollkommenste und beste Monographie, die wir bisher über diesen Gegenstand besitzen, erschienen ist. Die mit 37 Textabbildungen und 15 Tafeln von vollendeter Schönheit ausgestattete Arbeit verdiente als Sonderabdruck einem größeren Leserkreis, speciell auch den Studirenden, zugänglich gemacht zu werden.

Dass die äußere Ausstattung des Werkes sowohl in den Abbildungen, wie im Druck und Papier auf der Höhe steht, bedarf bei dem bekannten Verleger kaum besonders erwähnt zu werden.

Jaffé (Hamburg).

---

15) **Gersuny.** Peritoneale Adhäsionen und ihre Beziehungen zum weiblichen Genitale.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 22.)

Ausführliche Wiedergabe und Ergänzung seines auf dem diesjährigen Chirurgenkongress (s. No. 27 dieses Centralblatts) gehaltenen Vortrags. Nur in 6 Fällen war eine Genitalaffektion das ursächliche

Moment, in 7 Fällen überhaupt keine Genitalerkrankung nachweisbar. 17mal bestand ein Zusammentreffen von Adhäsionsbildung und Genitalaffektion. Die Operation beseitigt prompt die oft unerträglichen Beschwerden. Desshalb soll man in solchen Fällen abdominell und nicht durch einen etwaigen Genitalbefund veranlasst, vaginal operiren.

Hübener (Dresden).

Kleinere Mittheilungen.

16) **v. Leyden.** Über einen mit Duralinfusion behandelten Fall von Tetanus puerperalis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 29.)

Es handelte sich um eine 29jährige Tischlersfrau, welche in Folge eines Treppensturzes abortirte, und bei der 10 Tage darauf Tetanus ausgebrochen war. Am 8. Krankheitstage Aufnahme in die Charité. Am selben Tage subdurale Injektion von 1,0 Behring's Serum und eine subkutane Injektion von 2,0 Tizzonischen Serums. Außerdem wurden in den ersten 24 Stunden 0,1 Morphium subkutan und per os 2,50 Chloral verabreicht. Am folgenden Tage, nachdem sich der Fall als ungemein schwerer dokumentirt hatte und eine ungünstige Prognose stellen ließ, wurden 3,0 Tizzoni subkutan injicirt. Am folgenden Tage wurden 2 subdurale Injektionen von $^3/_4$ g Behring vorgenommen und schließlich am 10. Krankheitstage noch 2,0 Behring subkutan injicirt. Die subduralen Injektionen wurden im Allgemeinen gut vertragen, die Pat. erhielt in toto 9,0 Antitoxin (4,0 Behring und 5,0 Tizzoni), also fast das Doppelte der auf 5,0 angegebenen Heildosis, von welcher die Hälfte in den Duralsack eingespritzt worden ist. Während am 9. Tage die erste scheinbare geringe Besserung eintrat, war dieselbe erst am 17. Krankheitstage als wesentliche und andauernde zu konstatiren.

Wenn auch dieser einzelne Fall nicht entscheiden kann, so veranlasst er doch diese neue hoffnungsvolle Methode der Serumtherapie, die Duralinfusion weiter zu prüfen.

Gold (Bielitz).

17) **A. Marchand.** Un cas de tétanos traumatique traité par injection intracérébrale d'antitoxine. Mort.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1899. No. 2.)

52jähriger Pat. erkrankte 7 Tage nach einer durch Fall erhaltenen Quetschwunde am Hinterhaupt an Tetanus; es wurden sofort 10 ccm Antitetanin subkutan injicirt; 1 Tag später nach Trepanation in den linken und rechten Stirnlappen je $2^1/_2$ ccm Antitoxin injicirt; außerdem noch täglich subkutane Injektionen gemacht, in 3 Tagen im Ganzen 100 ccm. Die Erkrankung nahm trotz der Serumbehandlung ihren Fortgang. Pat. starb $4^1/_2$ Tage nach dem Auftreten des Tetanus und 3 Tage nach Beginn der Antitoxinbehandlung.

In der Wunde keine Tetanusbacillen, anstatt dessen Staphylococcus aureus. Der Eingriff wurde reaktionslos vertragen.

Verf. glaubt, dass die Injektionen zu spät gemacht wurden und die Dosis von $2^1/_2$ ccm in jede Hemisphäre ungenügend war; ganz wirkungslos waren die subkutanen Injektionen, die von Beginn der Erkrankung an gemacht wurden; die Reaktionslosigkeit im Bereich des Operationsgebiets (des Gehirns) hat nach dem Verf. die Unschädlichkeit des Verfahrens erwiesen. Auch den Staphylococcus will M. für den Misserfolg zum Theil verantwortlich machen, weil der durch ihn geschwächte Organismus das Heilserum nicht mehr in so energischer Weise verarbeiten kann, als es nöthig wäre.

Schließlich hält Verf. das späte Erkennen des Tetanus für einen großen Mangel der klinischen Diagnose; der Beginn der Erkrankung, wie sie sich klinisch

zeigt, ist bereits das Ende der Infektion, die bis dahin zahlreiche Etappen seit dem Ausbruch durchgemacht hat; der Tetanische mit seinem leichten Trismus beginnt nicht zu erkranken, sondern, in Wirklichkeit, zu sterben.

Kronacher (München).

18) **G. Julliard.** Un cas de tétanos traumatique traité par les injections intracérébrales de sérum antitétanique. Mort.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1899. No. 4.)

19 Jahre alter Pat., Schrotschuss in den rechten Oberschenkel: Aufnahme ins Hospital mit jauchiger Wunde ohne weitere Komplikationen, 6 Tage später Tetanus; am 7. Tage Trepanation 3 cm über dem Stirnbeinhöcker, erst links, dann rechts. Injektion von je 2 ccm Antitetanin für jeden Stirnlappen. 16 Stunden später Tod. Autopsie: »Reaktionslose Umgebung des Operationsgebiets; die injicirte Flüssigkeit bereits resorbirt; ohne vorherige Diagnose ausgebreitete Miliartuberkulose der linken Pleura, des linken Oberlappens, der Milz, und verkäste Bronchialdrüsen.

Die Krankheit wurde von dem Heilserum nicht beeinflusst, die Anfälle wurden nach den Injektionen heftiger. Auch J. hält die Abschwächung der Heilserumwirkung durch die Miliartuberkulose nicht für unmöglich.

Kronacher (München).

19) **Krokiewicz.** Der 3. Fall von Tetanus traumaticus, der durch Injektionen von Gehirnemulsionen geheilt wurde.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 28.)

K. hat bereits eine solche derartige Beobachtung publicirt (s. Referat in d. Centralblatt 1899 No. 2). Auch in diesem Falle scheint es sich wieder, wie in dem 1., um einen leichteren Fall gehandelt zu haben, so dass von einem ursächlichen Erfolg der hier eingeleiteten Behandlung nicht gut die Rede sein kann.

Hübener (Dresden).

20) **Vincent** (Algier). Sur un cas d'épilepsie Jacksonienne à crises subintrantes, non traumatique, déterminée par un simple épaississement de la durée-mère. Trépanation et résection de la durée-mère. Guérison.

(Arch. prov. de chir. 1899. August 7.)

Trepanation und Resektion der verdickten Dura erzielte völlige Heilung bei dem 56jährigen Pat. Die Epilepsie hatte sich nach Influenza und Spitzenpneumonie entwickelt. Die Beobachtung des Operirten erstreckt sich nur über 1 Jahr.

P. Stolper (Breslau).

21) **Jolly.** Über einen Fall von Gehirntumor.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 29.)

Der Fall betrifft einen 45jährigen Brauer, welcher vor 13 Jahren einen Anfall von linksseitiger Lähmung durchmachte, die 5 Tage andauerte, um dann bis auf einen geringen Rest in der linken Hand zurückzugehen. Ein halbes Jahr vor dem Eintritt ins Krankenhaus traten zahlreiche Anfälle vom Charakter der Rindenepilepsie auf, welche wieder die linke Körperhälfte betrafen und da vorwiegend Arm, Hand und den Facialis. Nach solchen Anfällen blieb immer eine mehr oder minder starke Paralyse der linken Hand zurück, so wie eine eigenthümliche Sensibilitätsstörung. Diese Erscheinungen, so wie der Bestand einer beiderseitigen Stauungspapille machten das Bestehen einer Gehirngeschwulst mit ihrem Sitz in der Gegend der Centralwindungen nicht zweifelhaft. Die Steigerung der Benommenheit des Kranken, der schließlich somnolent wurde, forderte den operativen Eingriff heraus. Nach Bildung eines Haut-Knochenlappens und Trennung der Dura zeigte sich in dem stark vorgedrängten Gehirn ein diffuses Gliom, von dessen

Exstirpation Abstand genommen werden musste. Überklappung des Haut-Knochenlappens, Naht der Wunde. Während diese per primam heilte, vereinigte sich das Knochenstück in Folge starken Drucks von innen nicht mit seiner Umgebung, die Vorwölbung in der Scheitelgegend nahm zu und führte schließlich zu einer kolossalen Geschwulst auf dem Kopf (siehe Photogramm). Die Operation hatte in so fern einen Erfolg zu verzeichnen, als der Pat. psychisch frei wurde und es etwa 1 Jahr blieb. Im 2. Jahre der Beobachtung, also etwa $1^1/_2$ Jahr nach der Trepanation, verschlimmerte sich sein Befinden. Neben den halbseitig epileptischen Anfällen traten solche eines komatösen Zustands auf, welche oft tagelang dauerten, der geistige Zustand war auch in den Intervallen beeinträchtigt, die linksseitige Lähmung wurde eine vollständige und dauernde, das Sehvermögen nahm beträchtlich ab, die Demenz nahm zu, und $2^1/_2$ Jahr nach der Vornahme der Trepanation trat der Tod ein.

Die Ausdehnung, in welcher sich die Geschwulst im Gehirn entwickelt hatte, ist aus weiteren 2 dem Original beigegebenen Photogrammen zu entnehmen.

Der Fall zeigt, wie schwierig, ja oft unmöglich es ist, die Differentialdiagnose zwischen diffusen und umschriebenen Geschwülsten des Gehirns zu stellen, er zeigt aber noch andererseits, wie bei starken Druckerscheinungen innerhalb der Schädelhöhle auch dann, wenn es nicht gelingt, die vorhandenen pathologischen Produkte zu entfernen, doch durch die bloße Trepanation eine wesentliche Besserung der psychischen Symptome herbeigeführt werden kann. **Gold** (Bielitz).

22) **Hopmann.** Weiterer Beitrag zur Operation der harten Schädelbasisfibrome ohne präliminare Operation.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 36.)

Seine frühere Mittheilung über die im Titel angegebene Operation (s. Ref. p. 767 d. Bl. 1898) nach dem von H. geübten Verfahren ergänzt Verf. durch den Bericht über einen weiteren von ihm gleichfalls ohne Voreingriffe erfolgreich operirten Fall von Fibrosarkom der Schädelbasis, dessen erste, anderswo nach Spaltung des Gaumensegels ausgeführte Operation von schwersten Blutungen begleitet und von raschem Recidiv gefolgt gewesen war. **Kramer** (Glogau).

23) **P. L. Friedrich.** Krankengeschichten und Heilausgänge nach Resektion und Exstirpation des Ganglion Gasseri. Neuralgie. — Recidiv nach Ganglionexstirpation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 360.)

F. veröffentlicht 3 eigene Operationsbeobachtungen betreffend Entfernung des Gasser'schen Ganglions, die sowohl praktisch-chirurgisches Interesse hinsichtlich der Blutungsfrage bei dieser Operation als auch klinisches Interesse bieten, da in dem einen Falle die Ganglionexstirpation das Eintreten eines schweren Neuralgierecidivs zu verhüten nicht im Stande war. Hinsichtlich der Blutung gestaltete sich am angenehmsten ein Fall, in welchem dem Pat. bei einer der voraufgegangenen extrakraniellen Nervenoperationen die Maxillaris interna unterbunden worden war. In Folge dessen war die Meningea media verödet, die Blutung geringfügig, die ganze Operation demgemäß sehr erleichtert. Diese Beobachtung legt nahe, künftighin die Ganglionaufsuchung durch voraufgeschickte Absperrung der Blutzufuhr zum Operationsgebiet zu vereinfachen. Eine präliminare Unterbindung der Maxillaris int. widerräth sich durch die schlechte Zugänglichkeit dieses Gefäßes, dagegen ließe sich die Carotis externa bequem freilegen und durch Fadenumschlingung unschwer so lange komprimirt halten, bis intrakraniell die Meningea unterbunden wäre. In einem 2. Falle nahm die Blutung aus der am Foramen spinosum abgerissenen Meningea bedrohlichen Umfang an, ließ sich aber durch Tamponade mittels eines ins Foramen eingedrückten Silbersondenknopfs beherrschen; 2 Tage nach der Operation wurde die Sonde entfernt. Im 3. Falle war eine venöse Blutung an der Schädelbasis (Sinus) sehr störend. Die zu ihrer Stillung erforderliche, 25 Minuten lang durchgeführte Tamponade hatte eine wochenlang anhaltende Oculomotorius-Drucklähmung zur Folge.

Die Wundheilung ist in allen 3 Fällen gut erfolgt. 2 Pat. blieben auch während einer je 18- bezw. 19monatlichen Beobachtung neuralgiefrei, die 3. Kranke bekam leider ein heftiges Schmerzrecidiv im ganzen betreffenden Trigeminusgebiet. Allerdings war die Neuralgie beiderseitig aufgetreten und desshalb die Prognose von vorn herein nicht günstig. Im Übrigen war gerade hier die Ganglionexstirpation recht exakt gelungen, und kann der Recidiveintritt wohl nur dadurch nach Garrè erklärt werden, dass durch Nervenregeneration und Vermittlung kollateraler Nervenbahnen das sensible Trigeminuscentrum sich gewissermaßen auf Umwegen mit der Peripherie in Verbindung gesetzt hat.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

24) **Passini und Leiner.** Über einen Fall von Noma faciei.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 28.)

Die Verff. fanden in einem tödlich verlaufenen Falle von Noma bei einem 8jährigen Kind überwiegend Diphtheriebacillen, die durch Ausfall der Kulturen und der Thierversuche als echte Löffler'sche angesprochen werden müssen. In den nach Weigert-Gram und anderen Methoden gefärbten Schnittpräparaten von der Demarkationslinie fanden sich dieselben in großer Menge fast ausschließlich,

Verff. reihen diesen Fall den 2 von Petruschky und Freimuth beschriebenen mit derselben Ätiologie als dritten an. **Hübener** (Dresden).

25) **K. W. Popow.** Ein Fall von geheilter Noma.

(Medicinskoje Obosrenje 1899. No. 8. [Russisch.])

26) **M. Achmetjew.** Ein Fall von Noma nach Masern bei einem 5jährigen Mädchen, geheilt durch Auskratzung.

(Detskaja medicina 1899. No. 2. [Russisch.])

P. heilte seinen Fall (13jähriger Knabe, nach chronischer Enteritis) mit Auftragen von 1%iger Pyoktaninlösung (Pyoctaninum coeruleum), 4mal täglich. — Im Falle A.'s wurde das Geschwür ausgekratzt und mit Jodoform eingerieben (von Kissel für Stomatitis ulcerosa empfohlen). **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

27) **J. L. Goodale und H. F. Hewes.** A case of isolated urticaria of the tongue, associated with achlorhydria.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. April.)

Am Zungenrücken des 38jährigen Pat. zeigte sich eine große geröthete Stelle, an welcher die Papillae filiformes und fungiformes verbreitert und geröthet sind. In die gesunde Schleimhaut gehen diese Papillen in steilem Abfall ohne Demarkationszone über. Ulceration und Fissuren sind nicht zu sehen, keine Induration; die übrige Mundschleimhaut eben so wie die Zähne gesund. Gegen mechanische, chemische und thermische Einflüsse ist die veränderte Schleimhaut sehr empfindlich.

Aus der sehr ausführlichen Untersuchung eines kleinen excidirten Stückchens geht hervor, dass der Process in einer Proliferation der Coriumzellen besteht, verbunden mit ödematöser Durchtränkung und leukocytischer Infiltration der Nachbarschaft, ferner in einer starken Vermehrung der Zellen des Rete mucosum. Ausgesprochene Epithelabstoßung wie bei der Glossitis superficialis wurde nicht beobachtet.

Neben dieser lokalen Affektion, zu welcher gelegentlich eine vorübergehende Röthung der Lippen- und Wangenschleimhaut trat, bestand eine ausgesprochene Störung der Magenfunktionen (übler Geruch aus dem Munde, Aufstoßen, Gefühl von Völle, Stagnation des Mageninhalts, Fehlen der HCl). Eine sorgfältig ausgewählte Diät in Verbindung mit fäulniswidrigen Mitteln (u. A. Salol, Benzonaphthol) brachten nach langer Zeit erst Heilung. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

28) **Vonitzer.** Ein Fall von Spondylitis typhosa.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 35.)

Den von Quincke kürzlich mitgetheilten 2 Fällen metastatischer Wirbelerkrankung bei Typhus reiht K. eine von ihm im Krankenhaus Bethanien in

Stettin gemachte Beobachtung an, die im Wesentlichen mit dem Quincke'schen Krankheitsbild übereinstimmt. Der 25jährige Pat. hatte außerhalb des Krankenhauses »einen schweren Typhus« durchgemacht, nach dessen Ablauf er einige Wochen hindurch wieder als Schmied gearbeitet hatte, bis sich plötzlich, nach leichten vorhergegangenen Schmerzen, die Erkrankung der Wirbelsäule einstellte. Auf diese wiesen die sehr heftigen Schmerzen in der Lendengegend, welche in den Rücken und nach den Oberschenkeln ausstrahlten, Lähmungsgefühl in den Beinen, Schwinden der anfänglich normalen und dann gesteigerten Patellarreflexe — bei kurzdauerndem Fieber und Fehlen einer Schwellung in der Lenden- und Kreuzgegend — hin. Die Erscheinungen gingen langsam zurück. Heilung.

Kramer (Glogau).

29) **Gnesda.** Beitrag zur Lehre des spinalen Ödems und der Arthropathien bei Syringomyelie.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 5.)

Bei einem mit deutlicher Syringomyelie behafteten Kranken entwickelte sich nach einem Schlag mit dem rechten Arm ins Leere ganz akut ein enormes Ödem dieses Armes, das in einigen Tagen wieder schwand. G. nimmt zur Erklärung an, dass ein Gefäß im Rückenmark geplatzt sei; dadurch seien die vasomotorischen Bahnen geschädigt und so das Ödem erzeugt worden.

In einem 2. Falle kam es nach einer Spontanfraktur des Schenkelhalses zu einer enormen extrakapsulären Knochenneubildung am oberen Theil des Femur. Man hielt die mächtige Schwellung für ein Osteosarkom und exstirpirte diesen Theil des Femur mit tödlichem Ausgang. Es zeigt dies, wie wichtig die richtige Diagnose derartiger monströser, neuropathischer Knochenproduktionen ist.

In einem 3. Falle wurde ein stark deformirter, wiederholt verrenkter Oberarmkopf mit Erfolg resecirt. Allmählich entwickelte sich eine zweifellose Syringomyelie, so dass also in diesem Falle die Arthropathie ihr Initialsymptom war.

Haeckel (Stettin).

30) **Kiderlen.** Zwei Fälle von Halsrippen.

(Sitzungsberichte der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde 1899.)

Ein 24jähriges Mädchen bemerkte zuerst etwa mit 14 Jahren beim Heben schwerer Gegenstände ein Kribbeln in der linken Hand. Allmählich entwickelte sich eine Atrophie des ganzen Armes und die Schwäche desselben wurde so groß, dass sie bei kalter Außentemperatur mit der linken Hand nicht arbeiten konnte. Die Untersuchung ergab, dass die Supraclaviculargruben nicht so tief waren, wie beim normalen Menschen; bei genauem Zusehen bemerkte man Pulsation, zu fühlen war sie sehr gut: sie rührte her von der abnorm hoch verlaufenden Subclavia. Man fühlte auch eine knöcherne, von hinten nach vorn verlaufende Spange. Die Röntgenphotographie zeigte eine ausgebildete 7. Halsrippe links, auch rechts war eine solche vorhanden, aber weniger ausgebildet.

Der 2. Fall betraf einen Kadetten, der beim Exerciren starke, bis in die Hand ausstrahlende Schmerzen und ein lähmungsartiges Schwächegefühl im linken Arm bekam. Die Halsrippe wurde durch Operation entfernt, vollkommene Heilung nach 3 Wochen.

Teichmann (Berlin).

31) **W. H. A. Jacobson and S. B. de Mesquita.** Case of epithelioma of the neck probably arising in a relie of one of the branchial clefts.

(Guy's hospital reports 1898. p. 1—44.)

Es handelt sich um eine orangengroße Geschwulst der Submaxillargegend bei einer 46jährigen Frau, welche als kleiner Knoten bereits seit 20 Jahren bestand und dann in kurzer Zeit wuchs und ausstrahlende Schmerzen verursachte. Bei der Operation fand sich nicht die erwartete Drüsengeschwulst, sondern eine nur stellenweise abgekapselte, meist die Umgebung infiltrirende Geschwulst, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Carcinom erwies. Nach wenigen Mo-

naten Recidiv, nochmals Exstirpation, bei der der Operateur bis zur Rachenwand und Fossa pterygoidea vordringen musste. 2. Recidiv nach 8 Wochen, das sehr rasch fortschreitet und dann — spontan völlig spurlos verschwand. Ein halbes Jahr später starb Pat. unter Lungenerscheinungen und neuralgischen Schmerzen in beiden Beinen. Geschwulstmetastasen waren nicht nachweisbar. Sektion konnte nicht vorgenommen werden.

Verff. knüpfen an den Fall eine Besprechung der branchiogenen Carcinome. Das Eigenthümliche des Falles ist das spontane Verschwinden der Recidivgeschwulst. Leider werden über den mikroskopischen Befund keine genaueren Angaben gemacht, die den Fall klarstellen könnten. **E. Martin** (Köln).

32) **G. A. Selenski.** Ein Fall von rheumatischer Entzündung der Articulatio cricoarytaenoidea.

(Verhandlungen der Cherson'schen Ärztegesellschaft 1897—1898. [Russisch.])

Nach langem Schreien in kalter Luft erkrankte Pat. an Halsschmerzen, erschwertem Sprechen, Athmen und Schlucken. Puls 130, Temperatur 39,5°. Die Gegend des oben genannten Gelenks links schmerzhaft; linkes Stimmband hinten ödematös, Gelenk geröthet. Gonitis rheum. d. — Natr. salicyl., Hg-Ichthyolsalbe, Pulverisation von heißer Natrium bicarbonicum-Lösung. Nach anfänglicher Besserung entstand in Folge Unvorsichtigkeit des Pat. dasselbe Leiden rechts und rheumatische Entzündung des rechten Schultergelenks. Schlucken unmöglich; Natr. salicyl. per rectum. Baldige Heilung. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

33) **Harmer.** Schilddrüsenmetastase in der Nasenhöhle.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 23.)

Metastasen bösartiger Schilddrüsengeschwülste setzen sich mit Vorliebe in den Knochen und Lungen fest, an anderen Organen weit seltener. Noch nicht beobachtet ist die Lokalisation in der Nase.

H. beschreibt einen solchen in der Klinik von Störk beobachteten Fall bei einer 44jährigen Pat., bei der sich ein bösartiger Kropf im Verlauf von 1½ Jahr entwickelt hatte. Bald nach dem Beginn desselben zeigten sich Erscheinungen von Verstopfung der Nase neben Störungen von Seiten der Augen (beiderseitige Ptosis und Sehnervenatrophie). In beiden Nasengängen fanden sich mehrfache Geschwülste; bei dem Versuch der Entfernung einer derselben Behufs mikroskopischer Untersuchung stärkere Blutung. Der Versuch, die gesammten Geschwülste mit der kalten Schlinge zu entfernen, misslang, da von oben her immer neue Massen nachdrängten, und eine stärkere Blutung auftrat. Pat. wurde der Augenklinik überwiesen. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein eines medullären Carcinoms, das einen eigenthümlichen drusigen Bau und Anwesenheit von Kolloid zeigte, so dass der Zusammenhang zwischen der malignen Struma und den Nasentumoren als Metastasen erwiesen sei.

Hübener (Dresden).

34) **A. Schiller.** Über die Kropfoperationen in der Heidelberger Klinik in den Jahren 1888—1898.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 3.)

Im Zeitraum der letzten 10 Jahre wurden in der Czerny'schen Klinik 236 gutartige Kröpfe operirt, und zwar 233 mit Entfernung des Kropfes, 2 mit Punktion und Jodinjektion, 1 mit Tracheotomie.

Die Indikation zum chirurgischen Eingreifen bildeten der Regel nach besondere Störungen, als Dyspnoë, Dysphagie etc., und ausnahmsweise rein kosmetische Gründe. Enukleationen wurden vorzugsweise beim einfachen Cystenkropf, seltene, bei anderen Kropfarten — im Ganzen 64mal vorgenommen. Die Zahl der Strumektomien belief sich, einschließlich der mit Gefäßunterbindung oder Resektion verbundenen Enukleationen und anderer kombinirter Verfahren, auf 174. Todesfälle kamen im direkten Anschluss an die Operation bei Enukleationen gar nicht, bei Strumektomien 5mal vor; 4mal handelte es sich um Pneumonien mit tödlichem Ausgang, 1mal um eine Vergiftung (Jodoform, Sublimat).

Unter Einrechnung auch der leichteren, vorübergehenden Stimmbandlähmungen sind Beeinträchtigungen des Kehlkopfs in etwa 10% der Strumektomien zur Beobachtung gekommen; sie werden vom Verf. in Übereinstimmung mit den meisten Autoren weniger auf operative Schädigung des Recurrens, als auf Schädigung des Nerven durch Hämatom, Infiltration in der Wunde oder Narbenzug bezogen. Tetanie trat 4mal nach Entfernung größerer Partien der entarteten Schilddrüse auf; in einem dieser Fälle wurde die Transplantation menschlicher Schilddrüse in das properitoneale Gewebe versucht, ohne einen Erfolg zu erzielen, später trat indessen eine spontane Besserung ein. In 2 anderen Fällen entwickelte sich aus der Tetanie ein operatives Myxödem, außerdem wurde 1mal ein mäßiges operatives Myxödem ohne voraufgehende Tetanie beobachtet. Unter Einrechnung sämmtlicher in den letzten 20 Jahren operirter Fälle wurden Recidive in 17,1% der Strumektomien, in 16,1% der Enukleationen gefunden.

Strumitis kam 14mal zur Beobachtung; ihre Ursache war vielfach nicht zu eruiren, in anderen Fällen ließ sie sich auf Punktionen, Angina, Hautwunden etc. zurückführen. Die Behandlung bestand meist in intra- oder extraglandulärer Entfernung des Kropfes, 1mal in Incision, 2mal in Punktion.

Morbus Basedowi kam 4mal zu operativer Behandlung; 2mal indicirte schon die Schwere der Erscheinungen an und für sich ein Eingreifen, in 2 anderen Fällen lagen zugleich Kompressionserscheinungen vor. In 2 Fällen wurde eine erhebliche Besserung resp. Heilung erzielt; eine Pat. wurde während der Operation asphyktisch und starb an Luftembolie, die vermuthlich während der künstlichen Athmung erfolgt war; eine andere erlag nach einem Jahre ihrem schon seit lange bestehenden Herzleiden.

Maligne Strumen wurden 49 beobachtet, 27 operirt (4 Carcinome, 23 Sarkome). Von diesen letzteren gingen 4 im Anschluss an die Operation zu Grunde, 13 erlagen einem Recidiv, nicht weniger als 5 = 27,4% blieben länger als 3 Jahre recidivfrei. **Honsell** (Tübingen).

35) **Waitz.** Ein Fall von geheilter Hypospadia perinealis. (Aus dem Vereinshospital in Hamburg.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 19.)

Bei dem 9jährigen Knaben, bei welchem die Harnröhre an der Basis des in 2 Hälften getheilten Scrotums mündete, stellte W. durch eine Reihe innerhalb 2 Jahren auf einander folgende Operationen, wobei er zum Theil auch des Thiersch'schen und des Duptray'schen Verfahrens sich bediente, eine normale Harnröhrenmündung her. Die Heilung erfolgte ohne Fistel, ohne Verengerung der Eichelöffnung, ohne Taschenbildung mit Zurückhalten des Urins. Als Bougies, über die der Harnröhrenkanal in den verschiedenen Operationen vereinigt wurde, dienten dünne, für diesen Zweck hergestellte Glassonden, die wegen ihrer völligen Reizlosigkeit auch bei längerem Liegenbleiben ausgezeichnete Dienste geleistet haben. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

36) **R. Wolff.** Über ein Recidiv nach einer wegen Prostatahypertrophie vorgenommenen Kastration.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 338.)

Ein 66jähriger Pat., mit Prostatahypertrophie und den damit verbundenen gewöhnlichen Harnentleerungsstörungen behaftet, war in Rose's Station von Bethanien-Berlin durch Kastration so weit hergestellt, dass die Prostata deutlich kleiner geworden und die Harnentleerung normal geworden war. Nach mehreren Monaten kam er zu erneuter Aufnahme, da wieder Cystitis mit Urinretention so wie Wiederanschwellung der Prostata eingetreten war. Nach resultatloser Behandlung mit Katheterismus und Blasenspülungen Tod an Bronchopneumonie. Die Sektion ergab Carcinom der Prostata mit sacro-iliacalen retroperitonealen Drüsenmetastasen. W. nimmt an, dass das Carcinom schon zur Zeit der Kastration bestanden hat. In diesem Falle hätte also letztere trotz der Bösartigkeit der »Pro-

statahypertrophie« einen sehr guten Erfolg gehabt. Die Kastration erscheint also auch für solche bösartige Fälle empfehlenswerth.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) **R. Wolff.** Zur Kenntnis der metastatischen Erscheinungen der Prostatacarcinome und ihrer diagnostischen Bedeutung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 397.)

Beobachtung aus Bethanien-Berlin. 67jähriger Herr, welcher seit über 3½ Monaten an heftigen Schmerzen im Kreuz und in der linken Hüfte, ins Bein ausstrahlend und bei Bewegungen auftretend, litt und welcher vor 8 Wochen plötzlich Harnretention bekommen hatte. Da die Prostata sehr groß und hart war, übrigens keine verdächtigen Drüsenschwellungen vorlagen, wird einfache Prostatahypertrophie diagnosticirt, und zur Erklärung der Knochenschmerzen, da Druck auf die linke Sacro-iliacalfuge sehr schmerzhaft, eine chronische Arthritis dieses Gelenks angenommen. Der Kranke wurde der Kastration unterzogen, bekam aber in der 2. Woche beiderseitigen Hydrothorax und starb unter den Erscheinungen der Herzschwäche. Die Sektion ergab eine allgemeine, offenbar metastatische Carcinose der Pleuren und Lungen, ohne dass zunächst ein primärer Carcinomherd entdeckt werden konnte. Erst die mikroskopische Untersuchung der anscheinend nur gewöhnlich hypertrophischen Prostata zeigte, dass hier eine bösartige Drüsenwucherung vorhanden war (Détails der Beschreibung s. Original). Von besonderem Interesse ist nun noch der mikroskopische Befund am Knochen des Kreuz- und linken Hüftbeins, die wegen der während des Lebens beobachteten, an der Sacro-iliacalfuge lokalisirten Schmerzen der Leiche entnommen waren. Hier zeigten sich bei normal gebliebener Rinde braunroth verfärbte Markherde, wo der Knochen in kleine Bröckel zerfallen und stark erweicht war. Makro- und mikroskopisches Verhalten der afficirten Stellen glichen völlig dem der von v. Recklinghausen beschriebenen »carcinomatösen Ostitis«. Auch hier ist Betreffs Einzelheiten auf das Original zu verweisen. Mit Benutzung der Arbeiten von v. Recklinghausen, Silcock, Jones Sasse, Thompson bespricht W. die im Ganzen noch wenig bekannten Knochenmetastasen des Prostatacarcinoms. Dieselben scheinen, analog den Verhältnissen beim Brustkrebs, gar nicht selten zu sein: auf 83 Obduktionen von Prostatakrebsen entfallen 9 mit Knochenmetastasen. Dabei kann die primäre Prostatageschwulst wegen sehr geringfügiger Volumenvergrößerung des Organs und wegen Fehlens von Urinentleerungsstörungen ganz latent bleiben. Das aber sehr frühzeitig auftretende Symptom der Knochenschmerzen am Becken und den Beinen, des weiteren Kyphosen, Spontanfrakturen, Lähmungen können unter Umständen auf die richtige Diagnose leiten und sind desshalb klinischer Beachtung zu empfehlen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

38) **O. Smithson.** A case of retention of urine caused by retained menstrual fluid.

(Lancet 1899. September 9.)

Incision des lederartigen, unperforirten, stark vorgewölbten Hymens entleert eine Menge dunkler, zäher Flüssigkeit und hob die Harnverhaltung.

Scheffer (London).

39) **Doebbelin.** Ein Fall von achttägiger Anurie durch Ureterstein.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 352.)

D.'s Pat., in König's Klinik in der Berliner Charité behandelt, hatte seit Jahren Nierensteine unter meist rechtsseitigen Kolikschmerzen entleert; wegen Urinstockung, begleitet von Kreuzschmerzen und lebhaften Stichen in der linken Seite, kam er ins Spital. Nachdem die Anurie, abgesehen von mehrmaliger Entleerung weniger Kubikcentimeter Urin, 8 Tage gedauert — ohne wesentliche Befindensstörung —, wird die Nephrotomie von hinten her gemacht. Wegen starker Entwicklung des Fettpolsters und der Muskulatur große Tiefe der Wunde, so

dass Vorziehen und Tastung der Niere, welche blauroth, prall und offenbar vergrößert ist, erschwert war. Nichts tastbar. Eröffnung des Nierenbeckens durch einen 5 cm langen Sektionsschnitt ergiebt, dass dasselbe leer ist; doch stößt die Sonde auf einen im proximalen Ende des Harnleiters gelegenen Stein. Versuche, diesen aufwärts zu schieben und mit Zangen zu extrahiren, misslangen, indess verschwand der Stein plötzlich, so dass die Sondirung nach der Blase frei ward. Wundnachbehandlung halb offen mit Drain und Jodoformgazetampon. Pat. wurde nach der Operation unbesinnlich und blieb es 3 Wochen lang, eine psychische Störung, die als urämische anzusehen ist. Urin, zuerst getrübt und eiweißreich, Eiterzellen, Nierenepithelien und hyaline Cylinder in großer Menge enthaltend, ging zunächst ausschließlich aus der Wunde ab. Je mehr diese sich verkleinerte, und namentlich als der Drain entfernt wurde, kam er in wachsender Quantität aus der Blase. Hieraus ist zu schließen, dass die rechte Niere bereits gänzlich funktionslos gewesen ist, und dass die beobachtete Anurie nicht als Reflexanurie zu deuten war. Der Harn wurde allmählich heller, blieb aber etwas trübe und eiweißhaltig bis zur Entlassung. In der 4. Woche nach der Operation ging ein erbsengroßer Uratstein ab, wahrscheinlich derjenige, der die Anurie bewirkt hatte. 45 Tage nach der Operation wurde Pat. mit geheilter Wunde in gutem Allgemeinzustand entlassen.

In der epikritischen Durchsprechung des Falles finden sich interessante litterarische Nachweise. Besonders hervorgehoben wird, dass mit der Operation bei calculöser Obstruktionsanurie nicht bis zum Eintritt urämischer Erscheinungen gewartet werden darf. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

40) **Sokoloff.** Operative Anastomosenbildung zwischen Ureter und Blase (Uretero-cysto-neostomia).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 185.)

S. bringt einen eigenen Fall und anschließend daran eine allgemeine, namentlich litterarische Studie. S.'s Pat. ist eine 26jährige Frau, die vor 2 Jahren in Folge einer schweren Entbindung (hohe Zange und Perforation) eine linksseitige Harnleiter-Cervixfistel erworben hatte. Die letztere war, auch cystoskopisch, sicher diagnosticirbar. Keine Pyelitis. Operation in steiler Beckenhochlagerung und Narkose. S. machte einen halbmondförmigen Schnitt, welcher von der Symphyse durch den linken Rectus erst nach links und dann nach oben ging. Der Beckentheil des linken erweiterten Harnleiters ist als dicker Strang leicht erkenntlich. Nach Spaltung seiner Bauchfellbekleidung wird er in einer Ausdehnung von 8 cm frei präparirt. Möglichst tief unten, woselbst er am Eintritt in das Lig. latum stark verwachsen ist, wird er doppelt unterbunden und getrennt. Sein oberes Ende, in welches ein Nélaton eingelegt war, wird nun in einer Ausdehnung von 2,5—3 cm in der Richtung von links oben etwas nach rechts auf die Oberfläche der gefüllten Blase fixirt und mit der aufgedrückten Blasenserosa übernäht (Witzel's Verfahren). An der Stelle des Harnleiterstumpfendes Incision der Blase auf $1^1/_2$ cm Länge. Einführung des Harnleiterendes hier hinein mitsammt dem Nélaton, der in ein zur Harnröhre hinausgeleitetes Gummirohr hineingefügt und fortgesetzt wird. Die Submucosa der Blase wird mit den verdickten Harnleiterwänden vernäht, die Blasenwunde vereinigt (doppelte seröse Nahtreihe). Der zur Präparation des Harnleiters gemachte Bauchfellschlitz konnte bis auf 2 cm genäht werden, der verbleibende Schlitzrest wurde mit dem Fimbrienende der Tube gedeckt. Anheftung der Blase an den unteren Wundrand, woselbst auch ein kleiner Gazedrain eingelegt wurde. Bauchwundnaht. Die Operation dauerte 2 Stunden, ihre verschiedenen Stadien so wie die Schnittführung sind durch Figuren veranschaulicht. Fast ganz glatte Heilung. Verf. stellt dem eigenen Falle 27 aus der Litteratur gesammelte zur Seite. Im Ganzen waren 3 Todesfälle zu verzeichnen, also 10,7% Operationssterblichkeit. 3 Fälle betreffen Fisteln, die nach Geburten entstanden waren, 24 Pat. hatten die Fistel gelegentlich verschiedener gynäkologischer Operationen erworben, 1mal handelte es sich um einen überzähligen Harnleiter, der in die Scheide mündete. Die Mehrzahl der Fälle wurde, wie S.'s Pat., auf intra-

peritonealem Wege operirt, den S. in Verbindung mit der Witzel'schen schiefen Einnähung des Harnleiters für die best gangbare, empfehlenswertheste Methode hält. In einzelnen Fällen wurde kombinirt intra-extraperitoneal oder rein extraperitoneal operirt. (In der von S. gesammelten Kasuistik fehlen 2 Fälle von Calderini [Bologna] und Sänger aus der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1899. Da auch diese Fälle interessiren, geben wir über sie folgenden kurzen Bericht.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

41) **G. Calderini.** Transperitoneale Einpflanzung des Ureters in die Blase Behufs Heilung der Ureter-Gebärmutterfistel.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IX. p. 174.)

42) **M. Saenger.** Zur abdominalen Uretero-cysto-anastomosis bei Ureter-Genitalfisteln.

(Ibid. p. 187.)

Beide Arbeiten enthalten allgemeine Besprechungen der Operation, verbunden mit kritischer Berücksichtigung ihrer Litteratur, worüber auf das Original verwiesen wird. Bei seiner eigenen Operation bediente sich C. einer originellen, aber keineswegs nachahmenswerthen Art der Harnleitereinpflanzung, nämlich mittels des zu diesem Zweck nach Murphy's Muster von Boari konstruirten Metallknopfs. Zwar trat Genesung ein, doch störte der Knopf die Heilung und war nicht ganz leicht zu entfernen. S.'s Fall interessirt desshalb besonders, weil er nach der von Sokoloff für technisch schwierig erklärten gemischt intra- und extraperitonealen Operationsmethode behandelt ist; der Beschreibung nach aber scheint die Technik nicht zu schwierig gewesen zu sein. Es handelte sich auch hier um eine durch Geburt erworbene Fistel. Beckenhochlagerung, Narkose, Schnitt in der weißen Linie bis zur Symphyse. Zunächst werden Verwachsungen des rechten Eierstocks gelöst und eine apfelgroße Cyste desselben ausgeschält. Der rechte erweiterte Harnleiter als kleinfingerdicker Strang leicht kenntlich. Spaltung seines Bauchfellüberzugs und Freimachung des Harnleiters von unten herauf bis zum Ileopsoas. An der tiefsten Stelle Doppelligatur und Durchtrennung desselben, Hochschlagung — Vernähung des Bauchfellschlitzes. Nun wird das Peritoneum peritoneale der vorderen Bauchwand oberhalb der Blase bis zum Ileopsoas abgelöst und mittels einer schlanken Zange durch den hinteren Bauchfellschlitz der Harnleiter in die gemachte präperitoneale Wundhöhle hineingeholt. Anhebung der rechten Blasenhälfte gegen den Harnleiterstumpf, der leicht in ein neu angelegtes Blasenfenster einzuführen ist. Der Harnleiter, dessen Ende auf 2 Seiten 4 mm weit eingekerbt war, wird in mehreren Etagen mit Mucosa, Muscularis und Adventitia der Blase vernäht. Naht der Bauchwunde, prophylaktische Gazedrainage der Harnleitereinpflanzungsstelle mittels einer hierzu angelegten seitlichen Bauchdeckenincision. Glatte Heilung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

43) **v. Brackel** (Dorpat). Ein Fall von solitärer Nierencyste.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 250. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1899.)

Der Fall betraf einen 18jährigen Mann, bei welchem die zuerst als gänseeigroß unter dem linken Rippenbogen bemerkte Geschwulst im Lauf der ersten 3 Jahre nicht zugenommen hatte, dann aber rasch und unter Schmerzen des Pat. bis zu Mannskopfgröße gewachsen war; sie war glatt, rundlich und sehr wenig beweglich. Bei der von W. Zoege v. Manteuffel ausgeführten Operation wurde zunächst durch einen Probebauchschnitt der retroperitoneale Sitz und Ausgang vom unteren Pol der linken Niere festgestellt und sodann von einem Lendenschnitt aus die $2^1/_2$ Liter einer bräunlich hämorrhagischen Flüssigkeit enthaltende, solitäre Cyste isolirt und durch einen keilförmigen Schnitt im gesunden Nierengewebe entfernt, worauf die Nierenwunde vernäht, die Niere an den Quadratus lumborum fixirt und die Weichtheilwunde bis auf eine Drainstelle geschlossen wurde. Heilung.

Im Anschluss an die Mittheilung seines Falles bespricht Verf. die in der Litteratur vorgefundenen Veröffentlichungen von 21 Fällen von Einzelcysten der Niere, die in der Mehrzahl weibliche Individuen (14) betrafen und zumeist als Retentionscysten aufgefasst worden sind. **Kramer** (Glogau).

44) **Pendl.** Subkutane Nierenruptur. — Nephrektomie. — Heilung.
(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 21.)

45jähriger Pat. stürzte mit der rechten Weiche von Mannshöhe auf eine scharfe Kante und erlitt einen Bruch der 9. und 10. Rippe der rechten Seite. Urin blutig während nur der 3 ersten Krankheitstage. Am 6. Tage plötzlicher Wiedereintritt der Blutung. Die Blutgerinnsel in der Blase verhindern tagelang eine spontane Harnentleerung, Katheterismus. Am 19. Tage wird mit dem Bigelow'schen Evacuator eine sehr reichliche Menge (200 ccm) von Blutgerinnseln entfernt. Dies wird mehrmals wiederholt. Jedes Mal danach Auftreten von frischem Blut im Harn. Hochgradige Anämie, Hämoglobingehalt 25 Fleischl. Am 26. Tage Operation durch Lendenschnitt. Im Ganzen 500 ccm urinös riechender Gerinnsel entfernt. Kapsel mit Bauchfell fest verwachsen. Bei den Lösungsversuchen reißt letzteres auf 4 cm ein, wird durch Seidennähte geschlossen. In der oberen Hälfte ein weit klaffender Längsriss. Frische Blutung besteht nur aus einigen Gefäßen des perinealen Gewebes, wird sofort gestillt. Manuelle Stielkompression. Eröffnung der Niere durch einen über die Konvexität des oberen Pols geführten Schnitt. Aus demselben strömt auch nach Aufhören der Kompression kein Blut. Die Nierensubstanz hat ein grünlichgraues, glasiges Aussehen, Nieren auffallend klein. Am oberen Pol besteht eine Kommunikation zwischen Nierenbecken und der Hämatomhöhle. Wegen der beginnenden Nekroseerscheinungen Exstirpation mit partienweiser Ligatur des Stiels. Harnleiter wegen der Verwachsungen der vorderen Kapselwand mit dem Bauchfell nicht besonders isolirt. Verschluss der Wunde bis auf den hinteren Winkel, aus dem ein Mikulicz-Tampon herausgeleitet wird.

Die exstirpirte Niere ist 7 cm lang, $4^1/_2$ cm breit, 2 cm dick; es fehlt nichts von der Substanz. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Annahme einer beginnenden Nekrose.

2 Monate lang Urinabfluss aus der Lendenfistel, dessen Zustandekommen P. als aus der Blase regurgitirend erklärt, da der Harnleiter durch das häufige Hindurchzwängen der Blutgerinnsel erweitert und seiner Elasticität verlustig gegangen sei.

Exsudative Pleuritis 14 Tage p. op. Heilung. **Hübener** (Dresden).

45) **v. Török.** Dauererfolge nach Nephropexie.
(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 22.)

Bericht über 2 nach der Hahn'schen Methode operirte Fälle von Wanderniere mit hochgradigen Beschwerden, deren zweiter zu der Annahme einer Magengeschwulst führte und damit zu einer Probelaparotomie, die die rechte Niere in einer breiten und langen Bauchfelltasche vor dem Pylorus gelegen erwies. Nach Reposition Nephropexie von einem Lendenschnitt aus. Beide Pat. sind von ihren Beschwerden befreit, die eine $2^1/_2$, die andere 1 Jahr. Hervorzuheben ist, dass v. T. in beiden Fällen auf einen primären Verschluss der Wunde Verzicht leistete und in voller Ausdehnung tamponirte.

v. T. will nur die Fälle der Operation unterworfen wissen, welche durch einklemmungsartige Erscheinungen, durch heftige Neuralgien und durch Druck der Wandernieren auf Magen und Darm die Kranken ganz arbeitsunfähig machen.

Hübener (Dresden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 46. Sonnabend, den 18. November. 1899.

1) **Le Dentu** et **Delbet**. Traité de chirurgie clinique et opératoire. T. VIII.

Paris, **Baillière & Fils**, 1899. 972 S. 123 Abb.

Vorstehender Band des großartigen Werkes enthält Arbeiten über die chirurgischen Krankheiten des Gekröses, des Pankreas und der Milz aus der Feder Villar's, über die Chirurgie der Leber und der Gallenwege von Faure, die des Mastdarms und Afters von Delbet, widernatürlichen After und Kothfisteln von Guinard, endlich eine große Abhandlung Albarran's über die chirurgischen Leiden der Nieren und Harnleiter. Unter ihnen dürfte die letztgenannte an die Spitze zu stellen zu sein, geschrieben von einem Chirurgen, der, an der Seite des ersten Meisters seines Faches gebildet, mit reichsten eigenen Erfahrungen ausgestattet und mit dem ganzen wissenschaftlichen Apparat wie den Erfahrungen des Auslands ausgerüstet, seine

Lehre in klarer, überzeugender Weise vorzutragen weiß. Der Band schließt sich würdig den ihm vorangegangenen an.

Richter (Breslau).

---

2) Handbuch der praktischen Chirurgie. In Verbindung mit den Herren Angerer, v. Bramann, v. Eiselsberg, Graser, v. Hacker, Henle, Hofmeister, Jordan, Kehr, Körte, Krause, Krönlein, Kümmel, Kümmell, Küttner, Lexer, Nasse, Partsch, Reichel, Riedinger, Rotter, Schede, Schlange, Schlatter, Schreiber, Sonnenburg, Steinthal, Wiesmann bearbeitet und herausgegeben von Prof. E. v. Bergmann, Prof. v. Bruns und Prof. Mikulicz. 2.—5. Lieferung.

Stuttgart, **Fr. Enke,** 1899.

In rüstigem Fortschreiten ist etwa der vierte Theil obenstehenden Werkes erschienen, und danach zu erwarten, dass, wie versprochen, dasselbe bis Ende 1900 vollendet vorliegen dürfte. In den neu erschienenen Lieferungen, die dem 1. und 2. Bande angehören, hat zunächst v. Bergmann das Kapitel über die Verletzungen und Krankheiten des Gehirns, seiner Hüllen und Gefäße zu Ende geführt und bespricht weiter noch die Hirnabscesse, die Epilepsie wie die Geisteskrankheiten nach Kopfverletzungen, endlich die chirurgische Behandlung der Gehirngeschwülste. Wiesmann ist die Bearbeitung der Verletzungen intrakranieller Gefäße und eben so die der Verletzungen der Hirnnerven während ihres Verlaufs in und durch den Schädel zugefallen, während Schlatter das Kapitel über Thrombose der intrakraniellen Blutleiter und Krönlein die Abschnitte: Quetschungen und Verwundungen des Gehirns und Technik der Trepanation übergeben sind. Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen des Ohrs hat Kümmel, die Missbildungen, Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen des Gesichts Lexer übernommen. Über die entsprechenden Affektionen des Halses haben Jordan, Hofmeister und v. Bruns geschrieben, während v. Eiselsberg die Krankheiten und Verletzungen der Schilddrüse behandelt.

Alle Autoren geben ein reiches, gesichtetes Material, alle berücksichtigen bei ihren Leistungen vor Allem den Standpunkt des praktischen Chirurgen, dem sie in der Diagnose und vor Allem in der Behandlung ein gewissenhafter Berather zu sein sich bestreben, hier und da eine Krankengeschichte zur Erläuterung einschaltend.

Aber in der Form der Darstellung und dem geistigen Anreiz zur Lektüre stehen nicht alle Verff. auf gleicher Höhe. Die Kapitel aus der Feder v. Bergmann's legt man nicht wieder aus der Hand, wenn man sie zu lesen begonnen hat, bis man an ihr Ende gekommen; die grandiose Beherrschung des Stoffes, das stete Hervortreten

der individuellen Anschauung und daher der subjektive, eminent klare, flüssige Stil fesseln den Leser von Seite zu Seite. Gerade das Hervortreten der eigenen Individualität lässt sich bei so manchem der anderen Autoren leider vermissen, die zwar reiches Material bringen und durchaus zuverlässige Rathgeber sind, aber das Denken des Lesers nur schwach anregen, die Lektüre ihrer Arbeiten nicht eben zu einem Genuss machen. Immerhin ist dies eine Nebensache gegenüber der Gediegenheit des Inhalts; und Deutschlands Ärzteschaft kann dankbar sein für den Führer in chirurgischen Leiden, der ihr in dem neuen Sammelwerke in die Hand gelegt wird.

Richter (Breslau).

---

3) **P. N. Prochorow.** Die biologischen Grundlagen der Medicin. Lief. I 1896, II 1898, III 1899.

St. Petersburg. (Russisch.)

P. fordert hauptsächlich genauere Dosirung der Medikamente nach dem Körpergewicht der Pat.; nur dann können die Resultate verschiedener Forscher einwandsfrei mit einander verglichen werden. Überhaupt zeigen die meisten therapeutischen Arbeiten ungenügende Kenntnis der Naturwissenschaften und der Regeln des wissenschaftlichen Experiments. Das Hauptthema des Verf. ist die Behandlung der Syphilis. Er wendet große Dosen Hg an (in allen Stadien der Syphilis), meist eine 3%ige Lösung von Hg bijodatum mit dem doppelten Quantum KJ, und nimmt davon auf jede 10 kg des Körpergewichts 1 ccm; die Lösung wird jede 10 Tage in die Glutäalmuskulatur injicirt. Solche große Dosen heben bald das Körpergewicht (mehrere Kilogramm innerhalb 4—5 Wochen) und rufen fast nie Stomatitis hervor, heilen sogar früher vorhandene und bei kleinen Dosen entstandene. Andere Hg-Präparate (z. B. Sublimat per os) werden in entsprechend großen Dosen gegeben. In der IV. Lieferung sollen die Krankengeschichten der so behandelten Pat. gebracht werden. — Verf. bringt in seinem Werk die Geschichte der Syphilis überhaupt und speciell in Russland — zugleich mit einem Abriss der Entwicklung des Ärztestandes —, die verschiedenen Ansichten über Prostitution (P. ist Abolitionist); dann vielfache Experimente an Froschlarven und Pflanzen über die Wirkung verschiedener Dosen von Hg- und anderen Präparaten. — Beiläufig schildert er einen von ihm erfundenen Sterilisationsapparat, wo der Dampf nicht im Kessel selbst, sondern in einer spiralen Röhre producirt wird (mit Abbildungen); dann seine Behandlungsmethode des Ascites verschiedenen Ursprungs (Herz, Leber, Niere) mit Kalomel (per os 0,01 pro Kilogramm, 1—2mal täglich), wobei innerhalb 2 bis 3 Wochen oft 10—15 und selbst mehr Kilogramm Wasser ausgeschieden werden; nach den 61 Krankengeschichten müssen die Resultate dieser Methode als glänzende angesprochen werden. — Übrigens ist aus vielen Stellen des Buches zu ersehen, dass die Ansichten des Verf. unter den Specialisten in Russland großem Misstrauen be-

gegnen; weitere Untersuchungen und Nachprüfungen wären daher sehr erwünscht. **Glückel** (B. Karabulak, Saratow).

---

4) **Mohaupt.** Der gegenwärtige Stand der Kenntnis von der Wirkung des Chloroforms und Äthers auf den thierischen Organismus.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1899.

In Erweiterung seines Themas giebt Verf. eine umfassende Zusammenstellung der zahlreichen Experimente, die seit Flourens (1847) ausgeführt worden sind, um die mannigfache Einwirkung der beiden Anästhetica auf den thierischen Organismus zu prüfen.

Den Werth der fleißigen Arbeit wird vor Allem der Physiolog zu schätzen wissen; ein ausführliches Litteraturverzeichnis ist ihr beigegeben. **Gross** (Straßburg i/E.).

---

5) **Mally.** Les paralysies post-anesthésiques.

(Revue de chir. 1899. No. 7.)

In der Abhandlung sucht M. an der Hand der in der Litteratur vorgefundenen Fälle, so wie einer größeren Zahl eigener Beobachtungen von nach Narkosen aufgetretenen Lähmungen zu zeigen, dass die hysterischen und Reflexlähmungen überhaupt in gar keiner Beziehung zu der Narkose stehen, und bei den seltenen centralen, durch Hirnblutungen veranlassten Lähmungen und den peripheren, als Drucklähmungen aufzufassenden der Anästhesie nur eine indirekte Rolle zukomme. Abgesehen von den eigenen Fällen Verf.'s enthält somit die Arbeit nichts wesentlich Neues. **Kramer** (Glogau).

---

6) **S. Blumfeld.** The prevention of sickness after anaesthetics.

(Lancet 1899. September 23.)

B. fasst seine Erfahrungen in den Sätzen zusammen:

1) Man verbrauche möglichst geringe Mengen des Narkoticums.

2) Wenn während der Operation viel Schleim geschluckt wurde, soll sofort danach eine Magenausspülung gemacht werden.

3) Bei langen Operationen (über $^3/_4$ Stunde) soll nach dieser Zeit der Äther durch Chloroform ersetzt werden.

4) Der Pat. soll während der Operation möglichst wenig bewegt werden.

5) Er soll nachher im Bette auf der rechten Seite liegen, mit wenig erhöhtem Kopfe.

6) Die ersten 8 Stunden nach der Narkose soll der Pat. nur heiße dünne Flüssigkeiten in kleinen Mengen nehmen.

7) Die Temperatur des Krankenzimmers soll in den ersten Stunden nicht verändert werden. **W. Scheffer** (London).

---

7) Elschner. Über die Behandlung von Eiterungen mit Alkoholverbänden.

(Therapie der Gegenwart 1899. September-Heft.)

Verf. ist ein großer Verehrer der Salzwedel'schen Alkoholverbände, die er sowohl zur Koupirung beginnender phlegmonöser Entzündungen, als auch bei incidirten Furunkeln, Karbunkeln, Panaritien, um »möglichst schnelles Ablassen des Eiters« zu erzielen, mit sehr gutem Erfolge anwandte.

(Dass bei einer »Versuchsreihe« der Erfolg auf Seite der mit Alkoholverbänden besorgten Panaritien sein würde, nicht bei den mit Pulververbänden behandelten, ließ sich erwarten. Ref.)

Gross (Straßburg i/E.).

---

8) O. Jacob. Un procédé de résection du ganglion de Gasser.

(Revue de chir. 1899. No. 7.)

Das von J. bisher nur an der Leiche geübte Verfahren geht darauf hinaus, zunächst den N. supramaxillaris durch osteoplastische Resektion des ganzen Wangenbeins zu erreichen und bis zum Foramen rotundum zu verfolgen und sodann unter Aufsuchung der äußeren Fläche der Basis der Apophysis pterygoidea den Schädel zwischen jenem und dem ovalen Loche zu trepaniren, worauf die Isolirung und Exstirpation des Ganglions vorgenommen werden soll. Die Methode der einzelnen Akte der Operation wird von J. ausführlich beschrieben; wir verzichten, sie hier genauer wiederzugeben, da Derjenige, welcher Neigung empfände, nach J. am Lebenden zu operiren, die Abhandlung selbst vorher sorgfältig studiren müsste. Das Verfahren erscheint in seinen letzten wichtigsten Akten, bei der Tiefe, in der operirt werden müsste, bei der Gefahr schwerer, die Übersicht in dem engen Operationsgebiete verhindernder Blutung und dadurch bedingter Unmöglichkeit radikaler Exstirpation, am Lebenden kaum erfolgreich ausführbar. Kramer (Glogau).

---

9) R. Botey. Traitement des suppurations attico-mastoïdiennes et des affections intracraniennes consécutives.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIII. Fasc. II.)

B. warnt vor zu schnellem operativem Eingreifen bei akuten Antrumeiterungen, da dieselben spontan ausheilen können. Bei chronischen Eiterungen Versuch mit konservativer Behandlung; ist sie erfolglos, so näht B. bei geringer Erkrankung des Knochens nach Körner den oberen Theil der Wunde primär und drainirt durch den unteren Wundwinkel; bei stärkerer Knochenaffektion bildet er einen Stacke'schen oder Panse'schen Lappen und näht sekundär, sobald die Höhle zur Hälfte epidermisirt ist. Bei Cholesteatom oder intrakraniellen Komplikationen schließt er die Wundöffnung nicht.



Die Diagnose der Gehirnkomplikationen ist unsicher, beim Verdacht auf solche ist sofort einzugreifen. Nach Freilegung der Dura macht B. zunächst Probepunktionen mit einer 2 mm dicken Kanüle. Ist ein Abscess vorhanden, so erweitert er zunächst — falls eine solche gefunden wird — die ins Schädelinnere führende Fistel, legt dann über den oberen Rand des knöchernen Gehörgangs eine 1 cm große Öffnung in der Schläfenbeinschuppe an — eine Modifikation der v. Bergmann'schen Methode. Bei sehr geschwächten Pat. vermeidet B. zunächst die Ausmeißelung des Warzenfortsatzes und begnügt sich mit einer Probeöffnung durch den untersten Theil der Schläfenbeinschuppe. **Hinsberg** (Breslau).

---

10) **E. Moure.** De la réunion immédiate du pavillon de l'oreille après la cure radicale de l'otorrhée.

(Travaux de la clinique des maladies du larynx etc. du Dr. Moure. Bordeaux, 1899.)

M. vereinigt nach Radikaloperationen wegen chronischer Mittelohreiterung stets die retroaurikulären Wundränder primär. Er empfiehlt möglichste Erweiterung des Gehörgangs durch Spaltung und ev. Excision eines Lappens. Bei reichlicher Granulationsbildung sah M. gute Erfolge durch Chlorzinkätzung. **Hinsberg** (Breslau).

---

11) **M. Lermoyez.** De la non-ingérence du nerf facial dans la paralysie du voile du palais.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. Fasc. I.)

L. erklärt auf Grund physiologischer und pathologischer Beobachtungen die (keineswegs allgemeine — Ref.) Annahme der Anatomen, dass der Facialis sich an der Innervation des Gaumensegels betheilige, für falsch. Nach ihm liefern nur Vagus und Trigeminus motorische Äste für dasselbe. Einzelheiten sind im Originale nachzulesen. **Hinsberg** (Breslau).

---

12) **R. M. H. Duvoisin.** Des ligatures artérielles dans le traitement du cancer de la langue.

Dissert. 1899, **G. Steinheil,** Paris.

Die Arbeit bespricht zunächst die Blutzufuhr der Zunge, des Mundbodens und der benachbarten Rachenwand, wobei Verf. zu dem Schluss kommt, dass zur völligen Blutstillung bei der radikalen Operation des Zungenkrebses die Unterbindung der Lingualis an klassischer Stelle — über dem kleinen Zungenbeinhorn — nicht ausreichend sei. Es müsse vielmehr entweder die Maxillaris externa (facialis) und eventuell die Thyreoidea sup. — oder besser noch die Carotis externa — unterbunden werden.

Dies von Quénu in mehreren Fällen angewendete Verfahren übt nicht nur keine erweisbaren nachtheiligen Folgen aus, sondern bietet sogar mehrere Vortheile:

1) gestattet es gleichzeitig, die Halsdrüsen einer genauen Prüfung zu unterziehen, bezw. zu entfernen,
2) ist die Blutleere eine fast vollständige,
3) kann die Zungenwunde, da Tamponade, Dauerklemme etc. wegfallen, durch eine exakte Naht geschlossen werden, was zum aseptischen Verlauf der Heilung viel beiträgt.

Jedenfalls ist es leichter auszuführen, als die Unterbindung der Art. lingualis über dem großen Zungenbeinhorne, die oft geradezu unmöglich sein kann. Dass die Unterbindung der Lingualis als Palliativoperation bei Blutungen aus Zungenkrebs gute Dienste leisten kann, wird ebenfalls besprochen.

Zwölf Krankengeschichten, eine schematische Darstellung der in Betracht kommenden Blutbahnen und ein Litteraturverzeichnis schließen die Abhandlung. **Christel** (Metz).

---

13) **K. Sapiejko** (Kiew). Contribution à l'étude de la chirurgie pulmonaire avec le diagnostic des adhérences pleurales.

(Revue de chir. 1899. No. 7.)

Die Prognose chirurgischer Eingriffe an den Lungen bei Abscess, Gangrän, Echinococcus etc. ist zum nicht geringen Theile davon abhängig, ob bei der Operation die Pleurahöhle eröffnet werden musste oder dies in Folge von Bestehen von pleuralen Adhäsionen vermieden werden konnte. Es ist daher von Wichtigkeit, das Vorhandensein und die Lokalisation derartiger Verwachsungen vor dem Eingriffe nachweisen zu können, da sich der letztere in solchem Falle wesentlich einfacher und weniger gefährlich gestalten wird. S. hat sich nun in mehreren Fällen mit Erfolg zur Feststellung pleuraler Verwachsungen eines einfachen Apparats bedient, mittels dessen das Vorhandensein negativen Druckes in der freien Pleurahöhle, das Fehlen eines solchen in der verwachsenen nachgewiesen werden kann. An der Stelle, wo man eventuell operativ einzudringen vorhat, wird mit der Messerspitze ein kleiner Einstich durch die Haut gemacht, durch diesen sodann eine vorn abgestumpfte und in der Entfernung von $^1/_2$ cm von dem vorderen Ende mit einem seitlichen Fenster versehene Hohlnadel mittlerer Stärke durch die Muskeln und Pleura eingestoßen. Die Hohlnadel steht in Verbindung mit einem einfachen, 2 Krümmungen besitzenden und mit steriler Kochsalzlösung gefüllten Glasrohre, in dem sofort die Flüssigkeit in Folge von Aspiration in die Pleurahöhle sinken wird, wenn keine Verwachsungen an der betreffenden Stelle bestehen. Umgekehrt wird bei Vorhandensein solcher die Flüssigkeit in dem Glasrohre in gleichem Niveau verbleiben.

S. hat sowohl an Thieren, wie in seinen klinischen Fällen niemals etwa in Folge von Verstopfung des oder der Fenster der Hohlnadel bei der Anwendung des Verfahrens Misserfolge oder Irrthümer



beobachtet. Die mitgetheilten 7 Krankengeschichten, in denen von S. nach der mittels des Apparats gesicherten Diagnose pleuritischer Adhäsionen und nach Probepunktion wegen Lungengangrän, -Abscess, -Kaverne, Bronchiektasie operativ eingegriffen und Heilung erzielt worden, geben darüber Aufschluss. Über seine weiteren Versuche an Thieren, durch Injektion koncentrirter Lösungen von Argt. nitr., Formalin, Kali caustic. etc. Verwachsungen der Pleura zu erzielen, wird er später berichten.

Kramer (Glogau).

---

14) G. Felkl. Über eine neue Art der Drainage bei Empyemoperationen.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 27.)

F.'s Drainage, die er ersonnen hat, um die Rippenresektion zu umgehen, besteht in Folgendem: Er nahm einen 35 cm langen und 8 mm dicken Gummidrain und schob in das eine Ende ein eben so starkes 5 cm langes Glasrohr, das er an den Bruchrändern durch Abschmelzen glatt gemacht und durch leichtes Zusammendrücken zu einer Ellipse abgeplattet hatte. An der Stelle, die zwischen die Rippen zu liegen kam, brachte er durch stärkeren Druck eine muldenförmige Querfurche an. Das andere Ende des Drains wurde mit einer Sicherheitsnadel an das montirte Ende befestigt; die hierdurch gebildete Schlinge kam in die Empyemhöhle zu liegen. Die Kürzung des Drains geschah nach provisorischer Lüftung der Sicherheitsnadel an dem nicht montirten Ende.

3 mit dieser Drainage behandelte Fälle von frischem, primärem, unkomplicirtem Empyem verliefen sehr günstig. Die anfänglichen Bedenken gegen ein Herausschlüpfen des Drains erwiesen sich als grundlos, eben so die Furcht vor zu starkem Drucke der Weichtheile und Rippen. Vor dem Hineinschlüpfen des Drains schützt die außen angebrachte Sicherheitsnadel.

Jaffé (Hamburg).

---

15) E. Loison. Des blessures du péricarde et du coeur et de leur traitement.

(Revue de chir. 1899. No. 1, 2, 6 u. 7.)

In der umfangreichen Arbeit, welche die als sicher geltenden Fälle von Verletzung des Herzbeutels und Herzens aus der Litteratur der letzten 30 Jahre berücksichtigt hat, bespricht L. an der Hand von 4 sorgfältig aufgestellten statistischen Tafeln: 1) die Verletzungen durch Nadeln, 2) die durch stechende und schneidende Instrumente, 3) die durch Schusswaffen und 4) die Zerreißungen durch Kontusion des Brustkorbes, namentlich auch in Bezug auf ihre Diagnose und die Indikationen und Arten operativer Eingriffe.

Die 1. Tafel bringt 23 Fälle mit 9 Heilungen, von denen 2, ohne dass die Nadel entfernt werden konnte, eingetreten und von späteren Störungen nicht gefolgt waren, während die übrigen 7 nach Extraktion des Fremdkörpers stattgefunden hatten. Der tödliche

Ausgang war unter den 14 Fällen 1mal durch Infektion, 8mal durch innere Blutung und in 5 durch eine nicht feststellbare Ursache veranlasst, und $^1/_4$ Stunde bis 22 Monate nach der Verletzung geschehen; 2 Patt. hatten 1 Monat und 1 fast 2 Jahre die Verletzung überlebt.

Wesentlich ungünstiger war der Verlauf in den Fällen der 2. Tabelle, indem unter 90 79 — 56 durch innere Blutung, 12 durch Infektion, 2 in Folge von Hirnhämorrhagie und 8 nach Naht des Perikards bezw. des Herzmuskels, 1 »par cause indépendante« (?) — tödlich endeten (87,7% †); und zwar gingen 38 sofort oder innerhalb 1 Stunde, 29 binnen einem oder mehreren Tagen und 10 erst nach 1 Monat bezw. nach mehreren Jahren zu Grunde. Außer in 13 tödlich verlaufenen waren noch in 8 Fällen primär chirurgische Eingriffe zur Anwendung gekommen, die in diesen — 3 Perikardotomien mit nachfolgender Gazetamponade, 3 mit Naht des Herzbeutels, 2mal Naht der Herzwunde — zur Heilung geführt hatten; letztere trat außerdem noch in 1 Falle ohne Eingriff und in 2 nach sekundärer Operation (Incision und Drainage des Herzbeutels wegen Eiterung) ein. Geheilt wurden also 11 Fälle (12,2%).

Die 3. Tafel enthält 110 Beobachtungen von Schussverletzungen zumeist der Friedenszeit mit nur 3 Heilungen (nach Tamponade, Naht und Drainage und Incision und Drainage wegen sekundärer Eiterung im Herzbeutel). Außer in diesen 3 Fällen waren noch in 7 operative Eingriffe theils am Herzen und Herzbeutel, theils an der Pleura Komplikationen halber gemacht worden. Der Tod erfolgte unter den Fällen dieser Tabelle zumeist durch innere Blutung, seltener durch Infektion und andere Ursachen, 40mal innerhalb 1 bis 24 Stunden nach der Verletzung, bei 15 Verletzten binnen 1—8 Tagen, bei 23 innerhalb 1—4 Wochen, bei 12 nach 1—12 Monaten und bei 5 erst nach mehreren Jahren, zum Theil aus Gründen, die von der Verletzung nicht abhängig waren, so dass diese Fälle auch wohl zu den in Heilung ausgegangenen gerechnet werden könnten. Unter dem Materiale der 3. Tabelle finden sich die verschiedenartigsten Verletzungen, von der einfachsten Kontusion des Myokards bis zur schwersten Zertrümmerung.

Dasselbe gilt auch von den Fällen der 4. Tafel, in denen das Perikard und Herz theils durch Knochenstücke des Brustbeins oder der Rippen verletzt, theils das Herz ohne Skelettschädigungen durch quetschende Gewalteinwirkungen zerrissen war. Von den 54 Fällen dieser letzten Gruppe haben 3, und zwar 1 nach Incision des Herzbeutels und Entleerung eines großen Blutergusses, mit Heilung geendet, 23 Störungen seitens des Herzens zurückbehalten, die bei 6 Pat. schließlich zum Tode führten, und sind die übrigen, zum Theil in Folge noch anderweitiger Verletzungen, entweder rasch oder erst nach längerer Zeit tödlich verlaufen.

An die Mittheilung der statistischen Ergebnisse, von denen nur die wichtigsten hier aufgeführt werden konnten, schließt L. allgemeine Betrachtungen über die Diagnose und Behandlung der Herz-

verletzungen, nach eingehender Skizzirung der topographisch-anatomischen Verhältnisse. Zur Feststellung penetrirender Verletzungen ist Verf. für ein aktiveres Vorgehen mittels Sonden- und Fingeruntersuchung, bezw. durch Explorativschnitt — neben den sonstigen diagnostischen Hilfsmitteln, der Radioskopie bei Fremdkörpern etc. —, um daran anschließend therapeutische Eingriffe vornehmen zu können. Das Studium der Obduktionsprotokolle der Fälle, bei welchen der Tod mehr oder weniger spät nach der Verletzung erfolgt war — unter dem Gesammtmaterial seiner Statistik in 152 (69,7%) Fällen gegenüber 66 Fällen sofortigen tödlichen Ausgangs — hat L. gelehrt, dass eine nicht kleine Zahl derselben durch rechtzeitiges chirurgisches Eingreifen vielleicht gerettet worden wäre. Hiervon ausgehend bespricht er die verschiedenen Eingriffe, die 1) bei Fällen, wo der verletzende Fremdkörper in der Wunde stecken geblieben und nach außen vorragt, 2) da, wo er in den tieferen Geweben vermuthet wird, bezw. wo eine äußere Wunde in der Herzgegend besteht und eine Herzverletzung vorzuliegen scheint und 3) bei den Kontusionsverletzungen ohne äußere Wunde in Betracht zu ziehen wären. Was L. hierüber bringt, sind nicht theoretische Spekulationen, sondern auf dem sorgfältigen Studium der bisher operativer Behandlung unterworfenen Fälle fußende, bereits praktisch erprobte Vorschläge, die wir im Einzelnen hier nicht wiedergeben können. Darüber möge in der werthvollen Abhandlung selbst nachgelesen werden. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

Aneurysma arterio-venosum der Arteria und Vena femoralis an der Abgangsstelle der Profundae.

Von

Dr. **Thiel**, Rheydt.

In der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins legte Herr König jun. am 12. December 1898[1] ein Präparat eines Aneurysma arterio-venosum der Arteria und Vena femoralis vor, welches nach Schussverletzung entstanden war. Dasselbe hatte in der Mitte des Oberschenkels gesessen und war von Herrn Geh.-Rath v. Bergmann unter Esmarch'scher Blutleere nach Unterbindung der Arteria und Vena femoralis (doppelt, sowohl central wie auch peripher von der Geschwulst) ohne besondere Störungen in dem betreffenden Beine exstirpirt worden.

In Folgendem möchte ich einen ähnlichen Fall mittheilen, welchen ich kürzlich zu operiren Gelegenheit hatte. Der hohe Sitz des Aneurysmas direkt unterhalb dem Ligamentum Pouparti so wie verschiedene andere unten noch näher zu erwähnende Umstände gestalteten die Operation besonders interessant, wenn auch technisch etwas schwierig.

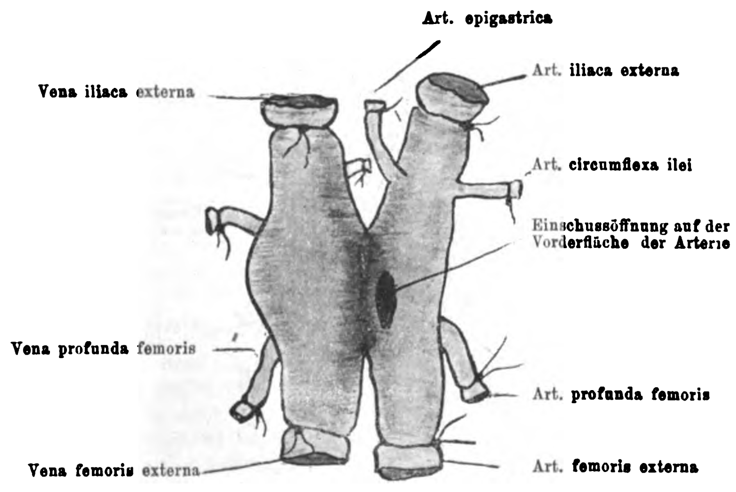
Es handelt sich um einen jungen, 16jährigen Kaufmannssohn, der bei einem Ausflug am 27. August einen Taschenrevolver (6 mm-Kaliber) in der linken Hosentasche mit sich trug. Durch unvorsichtiges Manipuliren in der Tasche soll sich

[1] cf. Vereinsbeilage der Deutschen med. Wochenschrift 1899. No. 32.

der Revolver in derselben entladen haben. Das Geschoss drang dem jungen Manne in das linke Bein in der Gegend der Schenkelbeuge. Es soll sofort eine starke Blutung aufgetreten sein. Pat. eilte zu einem in der Nähe wohnenden Arzte. Derselbe legte Kompressiv-Verband an und schaffte den Pat. in das hiesige städt. Krankenhaus (ca. 4 km weit). Dort wurde von dem dirigirenden Arzte unter Assistenz eines Kollegen in Chloroformnarkose die Einschussöffnung erweitert, und es gelang eine Ligatur anzulegen, nach welcher die Blutung stand. Die Wunde wurde fest mit Gaze tamponirt und ein Verband angelegt. Auf die Kugel wurde einstweilen keine Rücksicht genommen, da sie sich bei der Operation nicht zeigte.

Pat. soll nach der Operation äußerst kollabirt gewesen sein, der Radialpuls nicht zu fühlen. (Äther-Kampherinjektionen, warme Krüge etc.) Der Wundverlauf war reaktionslos. Nach 10 Tagen wurde die Kugel auf der hinteren Seite des Oberschenkels in der Mitte der Glutäalfalte dicht unter der Haut nachgewiesen und durch Einschnitt entfernt, die Incisionswunde durch Naht geschlossen.

Am 9. September, also 13 Tage nach der Verletzung, bekam Pat. Morgens plötzlich, als er aufstehen und die Hose anziehen wollte, eine profuse Blutung aus der Granulationswunde, welche noch ungefähr die Größe eines Kleinfingerquerschnitts



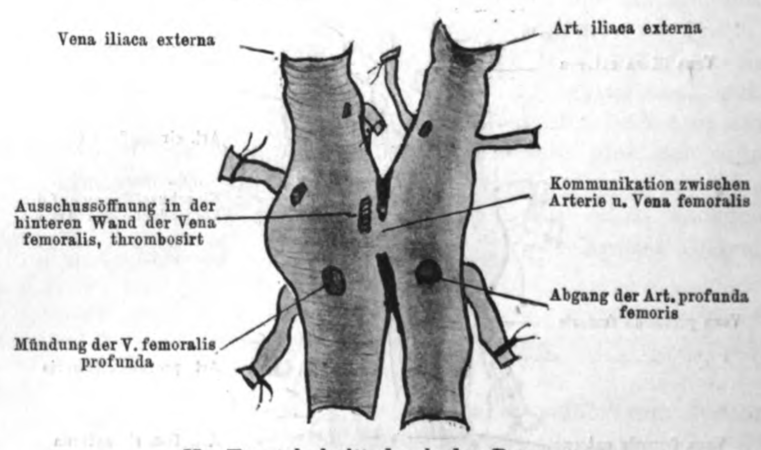
I. Skizze des Präparats.

hatte. Da es nicht gelang, durch Anlegen eines Schiebers oder Tamponade der Blutung Herr zu werden, so wurde ich zur ev. Unterbindung der Arterie zugezogen, die Blutung so lange durch manuelle Kompression hintangehalten.

Bei meinem Eintreffen fand ich einen ziemlich kollabirten, anämischen, schlecht aussehenden Pat. mit blassen Lippen und einem kleinen, frequenten Pulse von ca. 120—130 Schlägen in der Minute auf dem Operationstische. Die beiden Beine zeigten bezüglich ihrer Temperatur und ihres Aussehens keinen augenfälligen Unterschied. Auf der Hinterfläche des linken Oberschenkels an oben beschriebener Stelle eine frische, 3 cm lange, parallel zur Achse des Oberschenkels verlaufende Narbe, von der Entfernung der Kugel herrührend. Auf der Vorderfläche des Oberschenkels 2 cm unter dem Ligamentum Pouparti in der Mitte zwischen Spina ant. sup. und Symphyse eine frische Granulationswunde von dem Querschnitte eines kleinen Fingers, nach oben und unten in frisches Narbengewebe auslaufend. Bei Weglassen der Kompression quillt aus der Tiefe sofort ein dicker Blutstrahl ohne pulsatorische Erhebung, gleichmäßig. Eine digitale Kompression der Arterie central von der Wunde hat keinen Einfluss auf die Blutung. Bei der Kompression der blutenden Stelle selbst empfindet man ein deutliches Schwirren unter den Fingern. Es handelte sich also um eine Blutung aus einem traumatischen Aneurysma, wahrscheinlich

arterio-venosum der großen Schenkelgefäße. Eine genauere Untersuchung (v. Wahl-sches Symptom, periphere Pulsation etc.) konnte bei der Dringlichkeit des Falles nicht vorgenommen werden.

Chloroformnarkose. Desinfektion etc. Da kein Schlauch angelegt werden konnte, so wurde ein Tupfer in die Wunde eingeführt und damit die blutende Stelle während der Dauer der Operation von dem assistirenden Kollegen fest komprimirt. Ich schritt zunächst zur Unterbindung der Arteria iliaca externa. Da ich beabsichtigte, die vollständige Exstirpation des Aneurysmasacks nachfolgen zu lassen, so nahm ich von einem Schnitte parallel dem Poupart'schen Bande (Abernethy) oder dem Cooper'schen halbmondförmigen Schnitte Abstand, sondern machte, von der Wunde beginnend, einen Längsschnitt nach oben, entsprechend dem Laufe der Arterie, ca. 10 cm lang. Das Poupart'sche Band wird durchschnitten. Vordringen in der Schnittrichtung bis zum Peritoneum. Dasselbe wird mit dem Finger vorsichtig zurückgeschoben. Isoliren der Arteria iliaca externa; doppelte Unterbindung und Durchschneiden derselben möglichst hoch. Bei probeweisem Nachlassen der Kompression blutet es eben so stark wie vorher. Verlängern des Schnittes peripher bis zum inneren Rande des Sartorius, Freilegen der Arteria und Vena femoralis ex-



II. Frontalschnitt durch das Präparat.

terna. Beide isolirt, doppelt unterbunden und durchtrennt. Die Blutung dauert bei Nachlassen der Kompression in gleicher Weise fort. Doppelte Unterbindung und Durchtrennung der Vena iliaca externa in der Höhe der Arterie. Hierauf werden die großen Gefäße mit den in Betracht kommenden Seitenästen sowohl central wie peripher aus dem sie umgebenden Gewebe bis zur Einmündung in den Aneurysmasack herauspräparirt; der Nervus cruralis wird dabei zur Seite gehalten. Cirkuläres Auslösen des Sacks bis zu seiner Basis. Da derselbe allseitig entzündlich verwachsen ist, so kann dieses nur scharf geschehen und macht einige Schwierigkeiten. Nun gelingt es nach Entleerung des Aneurysmas von seinen Blutgerinnseln durch Ausdrücken derselben durch die Einschussöffnung mit 2 großen Péans das Loch zuzuklemmen. Anziehen der Geschwulst und Freilegen der Hinterfläche derselben. Zwei große Gefäße, welche von hinten in dieselbe einmünden (Arteria und Vena profunda femoris) werden mit Deschamps unterbunden und durchschnitten, worauf sich der ganze Aneurysmasack mit zu- und abführenden Gefäßen herausheben lässt. Die Operation ist hiermit beendet. Die Blutung steht vollkommen. Tamponade der ganzen Wundhöhle mit Jodoformgazeverband. Pat., der während der Operation verschiedene Ätherinjektionen bekommen hat, sieht schlecht aus. Radialpuls nicht zu fühlen. Nach einigen weiteren Kampher- und Ätherinjektionen,

Kochsalzeinlauf so wie den sonstigen üblichen Maßnahmen hebt sich die Herzthätigkeit relativ schnell.

Das ganze linke Bein fühlte sich gegenüber dem gesunden kalt an; die Haut sah überall bläulich und marmorirt aus. Ein besonderer Unterschied in der Dicke des Beins oder in der Spannung war nicht nachzuweisen. Über der Arteria poplitea und tibialis postica kein Puls. Bei der Nachmittagsvisite war die Temperatur 37,4, der Puls 100, seine Spannung zufriedenstellend. Die Farbe des Beins war noch leicht cyanotisch, der normalen fast gleich. Der Fuß fühlt sich noch etwas kühl an, während das übrige Bein deutlich warm ist. Die Sensibilität ist überall erhalten, nur giebt Pat. an, ein Gefühl von Taubsein an der inneren Fläche des Oberschenkels und dem inneren Fußrande zu haben, mäßig starken Fingerdruck fühlt er jedoch. Außerdem klagt er über sehr starke Schmerzen an der einen Seite des Kniegelenks so wie der Wade. (Reizung des Nervus saphenus major und seines Astes Nervus cutaneus surae internus durch Zerrung des Nervus cruralis.)

Die Streckung im Kniegelenk ist aktiv möglich. Zwei Tage später ist die Sensibilitätsstörung am Fuße vollständig gehoben, das Bein sieht wie das andere aus. Die Schmerzen dauerten noch 6 Tage in wechselnder Stärke an und verloren sich dann allmählich. Der Wundverlauf war reaktionslos. Höchste Temperatur 38,0 im Rectum gemessen, am 2. Tage Abends. Entlassung am 12. Oktober mit oberflächlicher, fast geheilter Granulationswunde. Allgemeinbefinden gut. Das linke Bein ist etwas dünner wie das gesunde, die Muskulatur, besonders des Oberschenkels, etwas schlaffer und schwächer. Keine Ödeme. Puls in der Kniekehle, über der Tibialis postica und dorsalis pedis nicht nachweisbar. Die Bewegungen sind aktiv wie passiv frei. Pat. hat keine Schmerzen mehr in dem operirten Beine, er äußert nur noch eine gewisse Schwäche in demselben. Die Hautfarbe ist normal. Die an der inneren Seite des Oberschenkels erwähnte, von der Durchschneidung des Nervus cutaneus femoris internus herrührende Sensibilitätsstörung hat sich noch nicht völlig ausgeglichen.

Bei einem Rückblicke auf den Verlauf des vorliegenden Falles dürfte es zunächst auffällig erscheinen, dass nach Anlegung der ersten Ligatur am Tage der Verletzung die Blutung stand. Der damals operirende Kollege war daher zu der Annahme gekommen, dass es sich um eine Verletzung eines starken Seitenastes nahe am Abgange von der Hauptarterie gehandelt habe, der glücklich gefasst worden sei. Dieser Irrthum ist sehr leicht möglich und in vielen Fällen gar nicht zu vermeiden. Denn die Diagnose, ob ein größerer Seitenast nahe an seinem Abgange von der Arterie oder die Arterie selbst verletzt ist, kann häufig erst dann mit Sicherheit und einspruchsfrei gestellt werden, wenn man das Loch in der Hauptarterie direkt sieht. Ob nun in diesem Falle eine vollständige seitliche Ligatur die Blutung stillte, oder ob (was bei der Größe des Loches wahrscheinlicher) eine partielle wandständige Unterbindung im Verein mit der starken Anämie und der auch noch durch die Chloroformwirkung herabgesetzten Energie des Herzmuskels so wie die nachfolgende Tamponade dieses bewirkten, lässt sich jetzt natürlich nicht mehr entscheiden, da auch das Präparat keine Anhaltspunkte nach der einen oder anderen Richtung giebt. Der Stillstand der Blutung aus der Ausschussöffnung in der hinteren Venenwand ist leicht durch den Seitendruck zu erklären, den das ausströmende Blut auf die Gefäßwandung ausübt, indem es sich in das umgebende lockere Bindegewebe eindrängt und hier anstaut.

Als direkte Ursache für die am 9. September auftretende Nachblutung ist ohne Zweifel die forcirte Bewegung des Beins beim Anziehen der Hose anzusehen, durch welche sich der die Einschussöffnung verstopfende Thrombus löste.

Die Hauptschwierigkeit bei der Operation lag nicht in der Unterbindung der Arteria und Vena iliaca externa trotz des etwas unbequemen Längsschnitts, sondern bei der Unmöglichkeit der Esmarch'schen Blutleere und bei der Beengung des Operationsfeldes durch die komprimirende Hand in der Exstirpation des allseitig entzündlich verwachsenen Sackes und besonders in der Isolirung und Unterbindung der in der Tiefe von hinten herantretenden Arteria und Vena profunda femoris.

Der Umstand, dass nach der hohen Unterbindung der Arteria iliaca externa die Blutung in gleicher Stärke fortdauerte, ließ einen schon ausgebildeten arteriellen Kollateralkreislauf (wahrscheinlich durch den Circulus obturatorius) vermuthen. Andererseits legte das Ausbleiben jeglicher Anschwellung des Beins nach der Unterbindung der Vena iliaca externa trotz dieser arteriellen Blutzufuhr die sichere Annahme nahe, dass ebenfalls ein genügender venöser Abfluss des Blutes vorhanden sein müsse. Ob sich nun in diesem Falle ein Circulus obturatorius venosus ausgebildet hatte (wie dieses ausnahmsweise nach W. Braune bei Fehlen der Klappen in der V. circumflexa ilei vorkommen soll), oder ob das Blut andere Rückflussbahnen gefunden, lässt sich natürlich nicht nachweisen. (Vgl. die Arbeiten von v. Bergmann, Billroth, v. Bramann, H. Braun, W. Braune, Büchner, Czerny, v. Esmarch, Gensone, Günther, Karpinsky, Kocher, Koretzky, Kremnitz, Kübler, v. Langenbeck, Linhart, Nasse, Nissen, Öttlingen, Pirogoff, Porta, Quain, Rabe, Richter, E. Rose, Roux, Stromeyer, Tillmanns, Trczebicky, Wölfler.)

Die Richtigkeit dieser beiden Annahmen, welche für die Prognose des Falles natürlich von ausschlaggebender Bedeutung waren, wurde denn ja auch durch den klinischen Verlauf bestätigt.

Als besonders günstig für die Erhaltung des Beins ist wohl der Umstand anzusehen, dass es glückte, am Tage der Verletzung die Blutung zu stillen und so die primäre hohe Unterbindung der großen Gefäße zu umgehen. Denn es ist ja bekannt, dass nach Unterbindung der A. und V. femoralis bei Verletzungen derselben die Prognose bezüglich der Erhaltung des Beins sich ungünstiger gestaltet als nach Ligatur derselben bei Geschwulstexstirpationen. Während des 13tägigen Zwischenraums zwischen der Verletzung und der hohen Unterbindung war genügend Zeit zur Erweiterung resp. Neubildung von arteriellen wie venösen Kollateralbahnen vorhanden (direkt veranlasst durch die Stromhindernisse in dem mit Coagulis angefüllten Aneurysma); und gerade dieser durch den ausnahmsweise glücklichen Zufall gewonnenen Zeit von 13 Tagen ist desshalb wohl in erster Linie mit der günstige Ausgang des Falles zu verdanken.

Zum Schluss möchte ich zur besseren Veranschaulichung noch 2 Zeichnungen des gewonnenen Präparats beifügen, welche wohl einer weiteren Erklärung nicht bedürfen.

---

16) Vom VII. Kongress der russischen Ärzte in Kasan (April—Mai 1899). Chirurgische Sektion.

(Schluss. Siehe d. Centralblatt No. 36.)

M. T. Kandaratski: Die geographische Verbreitung des Kropfes und des Kretinismus im Uralgebirge.

K. besuchte verschiedene Gegenden im Uralgebiet und verarbeitete die Mittheilungen mehrerer Ärzte der Gegend. So fand er, dass Kropf und Kretinismus dort weit verbreitet sind. Die Nationalität spielt dabei keine Rolle; das weibliche Geschlecht ist unverhältnismäßig öfter befallen; endlich kommt der Kropf in bergigen und niedrigen Gegenden gleich oft vor, doch liegen die Kropfdörfer meist auf sumpfigem Boden.

A. N. Firssow: Über Kropf und andere Degenerationssymptome bei den Bergossetinen (Digorzen).

F. untersuchte 4 Kreise dieses kaukasischen Volksstamms und fand unter 382 Personen 161, die Kropf oder andere Deformitäten aufwiesen. Er sieht darin ein Zeichen des baldigen Aussterbens der Digorzen.

P. J. Tichow: Zur Statistik der operativen Behandlung des Kropfes in Russland.

In der Litteratur und aus persönlichen Mittheilungen einiger Chirurgen sammelte T. 309, und mit Finnland etwa 409 Fälle, mit 3,7% Sterblichkeit.

J. A. Praxin: 11 Strumektomien.

Technische Bemerkungen. Kocher'scher Querschnitt bis zur Kapsel, Luxiren des Kropfes (nach Unterbindung der mittleren Schilddrüsenvene), dann Ligatur der Aa. thyreoideae, Ablösen des oberen Pols nach Durchtrennung der Ligg. suspensoria med. et lat. gl. thyreoideae; Ablösen des unteren Pols nach Massenligatur des Plexus thyr. medius, endlich Abtragen der Geschwulst so, dass an der Luftröhre eine Drüsenschicht mit der hinteren Kapsel bleibt.

W. J. Rasumowski: Operation großer Kröpfe.

Bei besonders großen Kröpfen operirt R. zweizeitig, entfernt jedes Mal einen Theil der Geschwulst. Vortr. bespricht die Technik der Ligatur der Arterien, die mit vorstehendem Referat viel Ähnlichkeit hat.

S. P. Fedorow: Technik der Schädeltrepanation.

Demonstration des Hirschmann'schen Elektromotors und der Bohrmaschine Menzel-Schwabe's, auf die auch Prof. Bobrow die Aufmerksamkeit richtet.

Abrashanow: 4 Fälle von Verschluss von Trepanationsöffnungen am Schädel.

2mal nach Müller-König, 2mal mit entkalkten Knochenplatten, in allen Fällen mit Erfolg.

J. S. Roshdestwenski: Deckung der Trepanationsöffnungen mit entkalktem Knochen.

64 Experimente (49mal entkalkter Knochen, 6mal Replantation, 1mal nach Müller-König, 2mal Knochen neugeborener Thiere, 3mal todter, nicht entkalkter Knochen, endlich je 1mal Elfenbein, Kautschuk, Celloidin). Schlussfolgerungen: Neues Knochengewebe bildet sich nur spärlich, nicht immer; meist wird der entkalkte Knochen von Bindegewebe durchwachsen. Das beste Deckungsmaterial ist nicht-entkalkter oder replantirter Knochen.

P. J. Tichow: Aktinomykose in Russland.

158 Fälle aus der Litteratur, davon 71% männlichen Geschlechts. Kopf und Hals 77, Lungen 36, Darm und Bauchwand 37, andere Stellen 8. Kombinirte Behandlung (Operation und Jod) 105 Fälle, 60 mit, 30 ohne Erfolg, 15 unbekannt. Therapeutisch wurden 49 Fälle behandelt (8, 20, 21). Die schwerste Form ist die Darm- und besonders die Lungenaktinomykose.

W. J. Rasumowski: Aktinomykosebehandlung.

6 geheilte Fälle. In leichten genügt manchmal Jod allein, in schwereren muss kombinirte Therapie angewendet werden.

T. K. Stephanowski: Zur Kasuistik der menschlichen Aktinomykose.

1 Fall von Darmaktinomykose.

T. P. Krassnobajew behandelte 3 Fälle falscher und 2 Fälle wahrer Aktinomykose; in ersteren half die KJ-Behandlung sehr wenig.

S. P. Fedorow: 3 Fälle von Nierentuberkulose.

Von Prof. Bobrow mit Erfolg operirt.

P. J. Tichow: Über Heilung der Herzwunden.

17 Thierversuche. Herznaht. 4 Thiere verunglückten während der Operation. Der Heilungsvorgang ist komplicirt: anfänglich findet man Bluterguss im Muskelgewebe, dann Zerfall der Muskelfasern und Bildung von Narbengewebe.

J. A. Praxin: Operative Behandlung der Kieferankylose mit plastischer Deckung von Wangendefekten.

2 Fälle nach Noma, 1mal bindegewebige, das 2. Mal knöcherne Ankylose. Zuerst wurde die Ankylose beseitigt, in einer 2. Sitzung die Wangenplastik ausgeführt; später wurden einige Verbesserungen gemacht. Zur Plastik nahm P.



2 Hautlappen aus der Wange, kehrte sie mit der Epidermisschicht nach der Mundhöhle und deckte die äußere Wundfläche mit Hautlappen vom Hals.

W. J. Rasumowski: Demonstration von Präparaten.

1) Gekrösgeschwulst mit Dünndarmresektion. 2) Adenoma suprarenale enchondromatodes, mit der Niere entfernt, wohl ein Unicum in der Litteratur. 3) Ein resecirter krebsiger Magen — Tod 17 Tage nach der Operation an Gehirnembolie. 4) Milzhyperplasie, Splenektomie. 5) Nierenechinococcus. Alle Fälle, mit Ausnahme des dritten, geheilt.

J. A. Praxin: 1) Resektion von $^4/_5$ des Magens, Heilung nach 3 Monaten. Das Carcinom wurde zufällig beim Aufsuchen eines in der Regio epigastrica vermutheten Geschwürs entdeckt. Es blieb nur ein Theil des Magens an der Cardia zurück, der mit dem Duodenum verbunden wurde. 2) Nierensarkom bei einem 9 Monate alten Kind; nach 2 Jahren noch gesund. 3) Neue Methode der Operation der Schenkelbrüche. P. schließt nicht nur die Bruchpforte, sondern verstärkt noch die Bauchwand an der inneren Leistengrube. Nach Ligatur des Sackes und Anschneiden der Aponeurosis m. obl. ext. wird eine Muskelplatte, aus M. obl. int. und transversus bestehend, hinter dem Samenstrang und Lig. Pouparti herabgeführt und am Lig. ileo-pubicum, an dessen unteren Rand, angenäht; eben so wird auch das Lig. Pouparti an das Lig. ileo-pub. an den oberen Theil der Fascia pectinea und den M. pectineus befestigt. Zum Schluss Naht der Haut-Aponeurosenwunde.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

17) Primera reunion del congreso cientifico latino-americano.

IV. Trabajos de la 3. Sección (cientificas médicas).

Buenos Aires, 1898.

Der Kongress tagte vom 10.—20. April 1898. Der Bericht über die Verhandlungen der 3. Sektion (Medicin), die unter dem Vorsitz von R. Wernicke in Buenos Aires zusammentrat, enthält größtentheils Vorträge über Infektionskrankheiten, aber auch einige sehr lesenswerthe Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Chirurgie.

Dr. Diógenes Decoud (Profesor suplente de clinica quirúrgica): Der Krebs in Buenos Aires und seine Behandlung.

Wie eine beigegebene statistische Tabelle beweist, nimmt die Krebssterblichheit auch in Südamerika stetig zu, sowohl im Verhältnis zur Einwohnerzahl, wie auch im Verhältnis zur Gesammtsterblichkeit. Verf. glaubt die Ursache davon in der besser werdenden Hygiene suchen zu müssen, welche jetzt mehr Menschen das »Krebsalter« erreichen lässt. Insbesondere wirkt die verminderte Sterblichkeit an Kinderinfektionskrankheiten in dieser Richtung auf die Statistik ein. Von Erblichkeit des Krebses könne man nicht reden, vielleicht eher von Erblichkeit der Langlebigkeit. Der Abschnitt über Krebsbehandlung bringt nur allgemeine Ansichten über die Rathsamkeit der Operation bei vorgeschrittener Krebsentwicklung.

Dr. Alfredo Navarro (Montevideo): Zur Chirurgie des subphrenischen Raumes.

Fall 1. Nach Rippenschuss bei einem Soldaten subphrenischer Abscess links. Resektion des Rippenrands: Das mit der vorderen Brustwand verwachsene Colon und der Magen verdecken den Abscess. Daher wird der Zwerchfellansatz scharf abgetrennt und die Pleura stumpf abgelöst, bis die 10. und 9. Rippe in einer Ausdehnung von 6 cm resecirt werden können. So ließ sich der Abscess ausgiebig drainiren. Tod 20 Tage später an Pyämie.

Fall 2. 7jähriger Knabe mit Leberechinococcus. Resektion der 10. und 9. Rippe in derselben Weise, nach Ablösung der intakten Pleura. Drainage nach Annähung der Cyste. Heilung. Versuche an Leichen haben dem Vortr. gezeigt, dass man sich jederzeit durch Hinaufschieben des scharf abgetrennten Zwerchfells und der stumpf abgelösten Pleura ausgiebigen Zugang zum subphrenischen Raume bahnen kann.

Derselbe: Beiträge zum Studium der Schädelverletzungen.

Fall 1. Perforirender Schädelschuss der linken Parietalgegend. Am anderen Tage — ohne dass das Befinden etwas Abnormes bot — Trepanation. Unter der Schädeleinschussöffnung ein erweichter Herd im Gehirn mit Knochensplittern und Geschosstheilen, 2 Fingerglieder tief. Heilung ohne Zwischenfälle.

Fall 2. 24jähriger Mann erhielt einen sehr heftigen Steinwurf gegen die linke Parietalgegend, 48 Stunden später Konvulsionen bei 40,0° Körpertemperatur. Trepanation 72 Stunden nach der Verletzung: Eingedrückte Knochenstücke, aber keine Kompression der Dura. In der Dura zeigt sich ein kleines Loch, darunter in der im Übrigen normal aussehenden Gehirnoberfläche eine entsprechende Öffnung. Incision entleert einen bereits vollständig flüssigen Abscess von 6 cm Tiefe. Drainage durch Kautschukrohr. Vorübergehend traten durch Eiterretention wieder Krämpfe auf, dann zunächst Heilung.

5 Monate später Wiederaufnahme wegen linksseitiger Gesichtskrämpfe, rechtsseitiger Extremitätenkrämpfe. Die Narbe ist eingezogen. Bei der sofort vorgenommenen Operation werden die verschiedenen Schichten in einer zusammenhängenden Lage durchtrennt, dann fällt Gehirn (Centralwindungen) vor. Die Vorstülpung wird mit großer Mühe zurückgedrängt und durch eine Silberplatte zurückgehalten, die, vermittels Randlöchern, mit Seide an das Periost genäht und versenkt wird. 11 Tage hindurch lag der Pat. unter Krämpfen und in Lähmungszuständen, dann trat Besserung ein und 2 Monate später konnte er seinen Beruf als Schmied wieder aufnehmen (Januar 1898).

Dr. Alfredo Navarro (Montevideo): Beitrag zur Kenntnis der Kothtumoren und des chronischen Volvulus.

In Südamerika scheinen Kothgeschwülste, die chirurgisches Eingreifen nöthig machen, verhältnismäßig häufig vorzukommen.

N. hat unter anderen 2 von bedeutender Größe beobachtet. Der eine bildete eine 40 cm lange Geschwulst des S romanum, das auf 15 cm ausgedehnt war, die Geschwulst konnte im ganzen Leibe bei der Palpation herumgeschoben werden. Die andere saß unbeweglich im Becken und konnte vom Mastdarm aus nach vorn als harte Masse gefühlt werden. Beide Male war die Darmwand hypertrophisch, das Bauchfell zeigte flächenhafte Verwachsungen. Letztere hält Vortr. für die Ursache der Wegsamkeitsstörung, die dann zu Dilatation und Hypertrophie führt. Schließlich kann sich die Geschwulst durch ihre große Schwere senken. Abgesehen von den Schwierigkeiten der Kothentleerung bildet die Geschwulst eine stete Gefahr wegen der Anfälle von akutem Volvulus. Vortr. legt der Steinbildung im Darme auffallend große Bedeutung bei und ist geneigt, diese Lithiasis intestinalis als Ursache der Verwachsungen, also als primum peccans anzusehen. Die Kolikschmerzen, die seine Pat. vor Ausbildung der Geschwulst gehabt haben, sollen ein Symptom dieser Darmsteine gewesen sein.

Die Behandlung soll, wenn möglich, eine kausale sein. Bloße Entleerung — durch pharmaceutische oder instrumentale Behandlung per rectum — hilft nur für den Augenblick, da die Kothgeschwulst sich immer wieder bilden soll. Gewöhnlich vergehen 6—12 Monate bis zum Recidiv. In schweren Fällen macht daher Vortr. die Laparotomie, entleert dann mechanisch den uneröffneten Darm oder eröffnet ihn und näht ihn wieder zu; in jedem Falle aber sucht er die Verwachsungen zu durchtrennen. Für gewisse Fälle kommt die Darmresektion in Frage. Die Enterotomie hat Vortr. mit gutem Erfolge 1mal ausgeführt, die Darmresektion anscheinend noch nicht.

Zusammenhängende Krankengeschichten werden nicht gegeben.

In der Besprechung bezweifelt Repetto (Buenos Aires) die Bedeutung der Lithiasis intestinalis. Auch die Verwachsungen sind nicht immer vorhanden; eigene Operations- und Sektionsbefunde haben ihm gezeigt, dass riesige Kothgeschwülste bei gesunder Serosa des Darmabschnitts vorkommen. Die Nahrungsbeschaffenheit ist die Ursache der Stauung: Die Häufigkeit des Leidens in den La Plata-Staaten hängt mit dem großen Fleischgehalt der Nahrung zusammen.

Alfonso Masi (Buenos Aires): Auch die Wandhypertrophie ist nicht immer vorhanden, Redner hat eine große Kothgeschwulst mit papierdünnem Darmüberzuge gesehen. Er hat einen Fall, bei dem 5mal vorher Entleerungen durch den Mastdarm künstlich gemacht worden waren, durch (vorübergehende?) Kolostomie geheilt, der Pat. hat seitdem 1½ Jahr Ruhe gehabt.

Dr. Wernicke (Buenos Aires): Das Primäre ist eine Verlagerung des Darmabschnitts, welche das Herabgleiten des Kothes verhindert. Das beste Instrument zur Entleerung der Anhäufungen, falls sie tief sitzen, ist der Daumen oder die Hand.

Dr. Ignacio Allende (Buenos Aires): Die Ursache des Leidens ist chronische Obstipation. Die Steine sind sekundäre Bildungen. Nicht Fleischnahrung, sondern die viel Rückstand machende Pflanzennahrung prädisponirt zur Kothgeschwulstbildung.

Alejandro Posadas (Prof. suplente de med. operatoria): Über die Operation des Echinococcus.

Seit 1895 hat Vortr. die stattliche Anzahl von 58 Echinkokkenoperationen gemacht. Die Befunde, Methoden und Resultate sind in einer übersichtlichen Tabelle zusammengestellt. Injektionsbehandlung verwirft P. ganz, aber auch die Drainagemethoden will er auf vereiterte Cysten beschränkt wissen. Die gewöhnliche Behandlungsart war die Ausschälung der Blase mit folgender Naht der zusammengezogenen Höhle und Schluss der ganzen Wunde. P. giebt zu, nicht der Erfinder der Methode zu sein, beansprucht aber das Verdienst, durch seine Mittheilung gezeigt zu haben, wie weitgehende Anwendung man von der Methode, auch bei größeren Cysten, machen kann.

Von den 58 Fällen betrafen 36 die Leber, 5 Lunge, 3 Gehirn, 3 Muskeln, 3 Bauchfell, 1 Schilddrüse, 2 Speicheldrüsen, je 1 Lymphdrüse, Brustfell, Niere und Augenhöhle.

5 davon waren vereitert, diese so wie eine nicht eitrige Gehirnblase wurden nach der alten Methode operirt. Von den so Operirten starben 2, 1 mit aseptischer Gehirncyste durch Eröffnung des Ventrikels und Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit und 1 mit Lungencyste durch »Chok«.

Von den 53 durch Ausschälung behandelten heilten 48 per primam, auch große Cysten darunter und solche, welche recht tief im Parenchym des Organs saßen. So war z. B. bei einer taubeneigroßen Cyste der Lunge in 8 Tagen Heilung erreicht. In 5 Fällen machte Eiterung nachträgliche Drainage der Höhle nöthig. Ein Fall (Leberechinococcus) darunter endete durch Peritonitis tödlich.

Doch kamen noch nachträglich Todesfälle vor, die Vortr. nicht auf die Operation schiebt: Nach Operation einer Hirncyste trat der Tod am 6. Tage durch »Kongestion« ein, 2 Fälle gingen nach Heilung der Operationswunde durch Echinokokkenentwicklung in anderen Organen zu Grunde.

Diskussion: Dr. Llobet (Buenos Aires): Die Methode ist nicht so allgemein durchführbar, bei verstecktem Sitz, z. B. an der Leberunterfläche, und bei größeren Cysten ist die Technik schwierig. Auch ist Infektion bei Nahtschluss der Höhle zu fürchten, schon — bei Leberfällen — durch die häufig keimhaltige Galle, da Eröffnungen von Gallenwegen nicht sicher zu vermeiden sind. Es empfiehlt sich daher mehr, das vernähte Organ an die Wunde der Körperwand anzunähen, um bei Anzeichen von Eiterung sofort öffnen zu können.

Auch von anderen Seiten wird die Gefahr der Infektion aus den Leber-Gallengängen betont.

Dem gegenüber bemerkt Vortr.: Wenn der versteckte Sitz die Ausschälungsmethode nicht zulässt, lässt er überhaupt keine Eliminationsmethode zu. Gallenausfluss ist in störender Weise bei der Ausschälung noch nicht beobachtet worden, dagegen bei der alten Methode in bedrohlicher Weise. Außerdem ist die Galle in den kleinen Gallengängen als keimfrei anzusehen. Bei Eintritt von Eiterung soll man dieselbe auch niemals auf die Galle schieben, sondern auf die Instrumente etc. des Operateurs.

Juan Carlos Risso Dominguez (Buenos Aires): Herzchirurgie.

Rein theoretische Betrachtungen über die Möglichkeit und Zweckdienlichkeit der Herzbeutelpunktion, der Kranzarterienunterbindung und der Naht von Herzwunden mit Berücksichtigung der neuesten Litteratur und auf Grund von Versuchen an Hunden, über die aber nichts Zusammenhängendes angegeben ist.

Dr. Avelino Gutiérrez (Prof. substituto, Buenos Aires): Chirurgische Behandlung hartnäckiger Trigeminusneuralgien durch intrakranielle Exstirpation des Ganglion Gasseri, mit Bezug auf 2 operirte Fälle.

Vortr. hat nach »Horsley-Poirier« operirt. In beiden Fällen machte die Blutung beim Freimachen der Äste große Schwierigkeiten. Insbesondere ist die Freilegung des Ramus ophthalmicus ohne starke Blutung aus dem Sinus cavernosus nach seinen Erfahrungen nicht möglich.

Die eine Pat. (24jährige Frau) bekam nach der Operation Aphasie und Lähmungen, wie Vortr. annimmt durch vieles Drücken an den zurückgehaltenen unteren Frontalwindungen, das bei der Operation nöthig wurde, weil die Schädelöffnung unnöthig weit nach oben angelegt war, vielleicht auch durch »Blutsuffusion« in Folge Verletzung der Meningea, die bei der Operation unterbunden wurde.

Der andere Operirte (61jähriger Mann, an dem schon mehrfache Operationen an Trigeminusästen gemacht worden waren) machte nach dem Eingriff eine Hornhauteiterung mit Hypopyon durch. Es bestand vorher Orbicularislähmung durch frühere Verletzung von Facialisfasern. Auch starke neuralgische Schmerzen um das Auge herum hielten lange an. Schließlich war aber in beiden Fällen der Erfolg ein vollständiger.

Dr. Pascual Palma (Prof. substituto, Buenos Aires): Kriegschirurgie.

Der Vortrag behandelt — hauptsächlich nach Erfahrungen der neuesten Kriege — die Aufgaben der Ärzte bei der kämpfenden Truppe so wie die der Ärzte bei der Ambulancia divisionaria (Sanitätsdetachement) und der Feldlazarette bei verlustreichen Schlachten. Insbesondere wird die viel erörterte Frage der Behandlung schwerer Knochenschüsse beleuchtet. Auf den Truppenverbandplätzen ist antiseptische Behandlung nicht ausführbar, die Ärzte sollten daher sich darauf beschränken, Schienung und Blutstillung, wenn möglich ohne Berührung der Wunde, vorzunehmen, ferner schmerzstillende Einspritzungen zu machen, nicht aber die Wunden verbinden. Für die Ambulancia divisionaria sollten strikte Vorschriften über die Eingriffe gegeben werden, Alles kommt auf die Schnelligkeit der Versorgung der Schwerverwundeten an. Zu individualisirender Behandlung ist keine Zeit, und doch werden in zukünftigen großen Kriegen die Schwierigkeiten der Evakuation dazu zwingen, sofort an den — unseren Hauptverbandplätzen entsprechenden — Wirkungsplätzen der 2. Etappe der Hilfeleistung den entscheidenden Eingriff vorzunehmen.

Dieser soll bei Knochenschüssen in Amputation bestehen, oder vielmehr in Absetzung des Gliedes dicht über dem Knochenschuss in einer Fläche, ohne Lappenbildung, mit weit offen bleibender Wundfläche.

Der Verschlag stößt bei der Besprechung auf vielseitigen Widerspruch. Mehrere Redner loben aus eigener Anschauung die konservative Behandlung, die sie bei Kleinkaliberknochenschüssen während der üblichen Revolutionen in Argentinien und Uruguay angewendet haben. **G. Meyer** (Gotha).

---

18) **R. Kennedy.** On the regeneration of nerves. (Abstract of a paper communicated to the Royal society for the author by Professor McKendrick.)

(Lancet 1899. September 23.)

1) Naht des Medianus und Ulnaris $6^1/_2$ Monate nach Durchtrennung in der Mitte des Vorderarms; am 3. Tage nach der Nervennaht Wiederkehren des Ge-

fühls, am 19. genaue Lokalisation; die Beweglichkeit der betreffenden Muskeln blieb ungenügend.

2) Naht des Medianus 3 Monate nach Durchtrennung in der Gegend des Handgelenks; am 2. Tage erschien das Gefühl, am Ende eines Jahres waren Gefühl und Beweglichkeit normal.

3) Medianus, Radialis und Ulnaris waren in einen Callus in der Gegend des Ellbogens eingebettet; totale Aufhebung der Motilität und Sensibilität in den Gebieten der betreffenden Nervenstämme. Excision von Stücken des Medianus und Radialis, Nervennaht. Am 4. Tage kehrt die Sensibilität wieder und macht gute Fortschritte, die Beweglichkeit nicht.

4) Naht des Ulnaris 18 Monate nach Durchtrennung. Vom 5. Tage ab Wiederkehr des Gefühls, das am Ende der 6. Woche normal ist; Beweglichkeit unvollkommen.

K. schließt aus seinen Beobachtungen, dass die frühe Wiederkehr des Gefühls das Anzeichen einer wiederhergestellten Nervenleitung sein müsse, und dass die Versuche, das Wiederkehren des Gefühls ohne neugebildete Überbrückung der Kontinuitätstrennung zu erklären, auf seine Fälle nicht anwendbar seien.

Die ungenügende Wiederherstellung der Beweglichkeit schreibt er den schweren anatomischen Veränderungen zu, denen die Muskeln unterworfen sind.

Mikroskopische Untersuchung der excidirten Nervenstücke ergab: Centraler und peripherer Stumpf enthielten junge, in Bündeln angeordnete Nervenfasern; letztere zeigten einen Achsencylinder, der umgeben war von einer wohl definirten Zone, die granulirtes Myelin enthielt; diesen jungen Fasern lagen viele spindelförmige Kerne an.

Waren die Nervenstümpfe durch eine Narbenmasse verbunden, ohne dass Nervenleitung vorhanden war, so lagen in einem dichten Netzwerk von Bindegewebe junge Nervenfasern in Bündeln. Die im Falle 3 excidirten Stücke zeigten in ihren centralen Theilen normale Struktur, sonst aber keine Spur von alten oder degenerirten Fasern, dagegen junge Fasern in Bündeln angeordnet; dieselben hatten einen nur wenig größeren Durchmesser als die alten und waren oft von einer feinen Scheide umgeben. An der Stelle des Übergangs der alten in die junge Faser enthielten viele der alten Fasern einen vergrößerten Kern mit 1 oder 2 jungen Fasern, die zwischen Schwann'scher und Markscheide lagen. Alle Stadien des Ersatzes alter Fasern durch junge waren nachweisbar.

Aus seinen histologischen Befunden schließt K.:

Die aufsteigende Nervenentartung (Krause) war nicht nachweisbar; im peripheren Theile und in den untersten Partien des centralen Stumpfs zerfallen die alten Achsencylinder und Markscheiden; daselbst bilden sich junge Nervenfasern, auch wenn Kontinuitätstrennung der Stümpfe besteht. Die jungen Fasern entstehen innerhalb der alten Schwann'schen Scheide von dem Protoplasma und dem Kern des zwischen 2 Schnürringen gelegenen Theils. Die aus einem solchen Theile gebildeten spindelförmigen Zellen strecken sich und vereinigen sich zu Protoplasmafäden, denen die schlanken Kerne seitlich anliegen. Die centrale Portion eines solchen Protoplasmafadens geht in den alten Achsencylinder über, während weiter unten der Protoplasmafaden (der neue Achsencylinder) von Myelintröpfchen umgeben wird. Den Umstand, dass die den Callus durchlaufenden jungen Fasern nicht leiteten, erklärt K. durch den vom Callusgewebe auf diese ausgeübten Druck.

W. Scheffer (London).

19. **Photiadès et Gabrielidès.** Un cas de surdité avec troubles de l'équilibre et exophthalmie pulsatile à la suite d'une fracture de la base du crâne.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. p. 146.)

26jähriger Mann, vor 3 Jahren Sturz aus einer Höhe von 3—4 m. Unmittelbar im Anschluss daran Gleichgewichtsstörung, Blutung aus dem linken Ohre und aus der Nase, beiderseitige Taubheit und laute subjektive Geräusche, Exophthalmus

links. Diese Symptome bestehen, bis auf die Blutung, auch jetzt noch, der Kranke sucht ärztliche Hilfe wegen der quälenden Geräusche. Ophthalmoskopisch wird links Stauungspapille konstatirt. Über dem vorgetriebenen linken Bulbus fühlt man Pulsation, man hört ein leises, blasendes Geräusch, das auf Kompression der Carotis verschwindet. Links Facialislähmung.

P. und G. diagnosticiren einen Varix aneurysmaticus der Carotis im Sin. cavernosus und konstruiren aus den Symptomen die wahrscheinliche Verlaufsrichtung der ursächlichen Basisfraktur. **Hinsberg** (Breslau).

20) J. Gross. Im Anschluss an einen erworbenen chronischen Hydrocephalus aufgetretene Amaurose; Punktion der Gehirnseitenventrikel; Heilung.

(Pester med.-chir. Presse 1899. No. 21.)

Der Hydrocephalus war bei dem 10monatlichen Kinde wahrscheinlich nach Meningitis cerebrospinalis zurückgeblieben. In 2 Punktionen durch die große Fontanelle wurden 110 ccm klare Flüssigkeit aspirirt. Beobachtungsdauer 11 Monate.

Neugebauer (M. Ostrau).

21) N. Raw. Traumatic epilepsy, status epilepticus, trephining: recovery.

(Brit. med. journ. 1899. Mai 6.)

Es handelte sich um einen 25jährigen Arbeiter, der vor 10 Monaten aus einer Höhe von 18 Fuß auf die Stirn gefallen und 6 Tage bewusstlos gewesen war. 1/2 Jahr später traten epileptische Anfälle auf, die sich in kurzen Intervallen häuften. Am Tage vor der Aufnahme hatte Pat. 15 Anfälle. Die Anfälle begannen gewöhnlich im linken Daumen, gingen rasch auf den ganzen Arm und auf den ganzen Körper über. Rechts bestand ausgesprochene Neuritis optica. Irgend eine ausgesprochene Depression oder Narbe am Schädel fehlte. Allmählich trat ein Status epilepticus ein, in dem auf Drängen der Frau ohne Narkose durch Bildung eines großen Lappens das rechte Stirn- und Scheitelbein freigelegt wurden. Es zeigte sich nun, dass Stirn und vordere Hälfte des Scheidelbeins flach eingedrückt waren. Die Depression betrug etwa 1/8 Zoll. Von 2 Trepanationsstellen aus wurde der größere Theil des rechten Stirn- und der vorderen Partie des rechten Scheitelbeins entfernt, die Dura nicht eröffnet, der Weichtheillappen zurückgeklappt und drainirt. Nach 6 Stunden trat das Bewusstsein wieder ein, Puls und Temperatur wurden normal. Die Heilung war ungestört und hielt bis jetzt 1/2 Jahr Stand, ohne dass sich Anfälle wieder gezeigt hätten. **F. Krumm** (Karlsruhe).

22) de Pouthière. Paralysie faciale au cours d'une otite moyenne aigue. Guérison.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. p. 120.)

P. beobachtete (wie schon frühere Autoren) eine Facialislähmung, die im Verlauf einer akuten Otitis media plötzlich entstand und nach Paracentese prompt zurückging. Das Gaumensegel war nicht gelähmt. Bezüglich der Innervation desselben schließt P. sich Lermoyez an, der den Facialis für unbetheiligt dabei erklärt. **Hinsberg** (Breslau).

23) A. Druault. Sarcome du conduit auditif interne.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. p. 113.)

17jähriges Mädchen bekommt mit 10 Jahren Facialisparese rechts, Taubheit rechts, Kopfschmerzen. Allmähliches Zurückgehen dieser Erscheinungen. Mit 16 Jahren Kopfschmerzen, häufiges Erbrechen, 2 Monate vor der Aufnahme Doppelsehen: 1 Monat später Parese der rechten Körperhälfte, allmählich zunehmend. Bei der Aufnahme außer diesen Symptomen geringe Parese der linken Körperhälfte. Keine Aphasie. Sehnenreflexe nicht gesteigert, Patellarreflex rechts geschwächt. Sensibilität der rechten Extremitäten an ihren peripheren Enden etwas herabgesetzt. Beiderseits Stauungspapille, rechts Taubheit.

Trepanation über dem linken Sulcus Rolandi, 4 cm Durchmesser, Punktion des Ventrikels, ohne Erfolg. Tod ca. 2 Monate später.

Bei der Autopsie fand sich eine runde Geschwulst von 4—5 cm Durchmesser, mit dem rechten Facialis acusticus zusammenhängend und sich mit diesem in den Meatus auditorius int. erstreckend, dessen obere Wand usurirt ist.

Makroskopisch ist die Geschwulst eine Cyste von 5—15 mm Wandstärke, mikroskopisch ein Spindelzellensarkom.

Felsenbein im Übrigen normal, Facialis- und Acusticuskern wurde nicht untersucht, eben so wenig der Zusammenhang der Nervenfasern mit der Geschwulst. Ausgangspunkt bleibt also unklar.

D. betont die Schwierigkeiten der Diagnose und den langsamen Verlauf. (Diese Geschwülste sind wiederholt in der Litteratur beschrieben und in ihrer Symptomatologie so charakteristisch — Nerventaubheit, Facialislähmung, Kleinhirnsymptome, ev. Brückensymptome —, dass ihre Diagnose eigentlich ganz gut möglich sein und ihre operative Entfernung in Erwägung gezogen werden könnte. Ref.)

Hinsberg (Breslau).

24) **A. Courtade.** Contribution à l'étude des occlusions acquises et congénitales du conduit auditif.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. p. 11.)

C. beschreibt mehrere Fälle von Gehörgangstenose, von denen besonders der erste von Interesse ist. Entstehung durch Verätzung mit Natronlauge, Heilung durch einfache Incision. Während des Bestehens der Stenose entleert sich der durch eine gleichzeitig vorhandene Otitis media producirte Eiter durch die Tube.

Hinsberg (Breslau).

25) **R. Hoffmann.** Ein Fall von Sinus- und Jugularisthrombose.

(Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft. VII. Versammlung zu Würzburg. 1898. p. 181.)

20jähriger junger Mann, seit 8—10 Jahren Ohrenfluss, seit 14 Tagen Kopfschmerz. Keine Druckempfindlichkeit über dem Warzenfortsatze. Da die Jugularisgegend empfindlich wird, Aufmeißelung. Es findet sich ein jauchig zerfallenes Cholesteatom, dem Sinus unmittelbar anliegend. Sinus blass, etwas pulsirend. Das vor der Operation bestehende remittirende Fieber hielt nach der Operation an, Schmerzhaftigkeit entlang der Jugularis schwindet. Nach steilem Temperaturanstieg Incision des Sinus, in dem sich ein central erweichter Thrombus findet, peripher anscheinend solider Abschluss. Nach der Operation pyämische Temperaturkurve, kein Schüttelfrost. Nach 8 Tagen Fieberabfall. Trotzdem Schwellung der Fossa retromaxillaris; desshalb Spaltung des Sinus weiter nach unten, dabei Entleerung von Jauche. Im Anschluss daran wieder Fieber. Jugularis sehr druckempfindlich. Desshalb nach 2 Tagen Unterbindung der Jugularis ext. und int. Steigender Verfall, nach 5 Tagen Tod.

Autopsie: Im centralen Theile des Sinus und in der Jugularis bis zum Kieferwinkel dicker Eiter, weiter unten ein 3 cm langer, graurother Thrombus; auch in den benachbarten kleinen Venen Eiter. Multiple Lungenabscesse und pneumonische Herde. H. hat gewiss Recht, wenn er glaubt, dass durch frühzeitige Unterbindung der Jugularis die Metastasenbildung vielleicht verhütet worden wäre. Er erörtert die Gründe, die ihn von diesem Eingriffe zunächst abhielten: in erster Linie war daran die irrige Vermuthung Schuld, dass die Temperaturstörungen ohne Organbefund auf eine akute allgemeine Miliartuberkulose zurückzuführen seien.

Hinsberg (Breslau).

26) **R. Hoffmann.** Beiträge zur otitischen Sinusthrombose.

(Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft. VI. Versammlung zu Dresden. 1897. p. 132.)

H. operirte einen 4jährigen Knaben wegen akuter Ostitis des Warzenfortsatzes nach chronischer Otitis media und erhob einen interessanten Befund bei der

Spaltung des thrombosirten Sin. transv. Die Lichtung zeigte sich nur in einer Ausdehnung von etwa 1 cm erhalten und mit blutiger Jauche erfüllt: central und peripher obliterirt durch feste, bindegewebige Verwachsung seiner Wände. Lichtung auch im erhaltenen Theile stark verkleinert, Wand stark bindegewebig verdickt. Der Fall heilte glatt.

H. nimmt an, dass durch Infektion vom erkrankten Knochen aus zunächst sich ein solider Thrombus gebildet, der sich in der Folge organisirt habe, bis auf den centralen Theil. Hier sei bei einem akuten Nachschub der Otitis jauchiger Zerfall eingetreten. H. weist auf die Bedeutung und Symptome derartiger solider Thromben hin. **Hinsberg** (Breslau).

27) **R. Hoffmann.** Ein Fall von Thrombose des Bulbus venae jugularis.

(Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft. VII. Versammlung zu Würzburg. 1898. p. 187.)

29jährige Pat. erkrankt mit heftigen Schmerzen im linken Ohre, Warzenfortsatz und der ganzen linken Kopfseite. Trommelfell etwas geröthet. Paracentese entleert nach einem Tage einen Tropfen Eiter, muss wiederholt werden. Kein Fieber. Funktionell völlige Taubheit.

2. November 1895 Aufmeißelung; im Antrum hyperämische Schleimhaut, kein Eiter. Nach der Operation akute Psychose, bis zum 10. November anhaltend. 12. November Ödem hinter und über dem Ohre, starke Sekretion der Wunde. Heftige Schmerzen. Diese gehen zurück, dafür tritt Schwindel auf. 14. und 15. November Frostanfälle mit Temperatursteigerungen. Wiederholung der Paracentese. 17. November Schüttelfrost, 40,3°; eben so am 18. November. Diagnose: Jugularis- oder Sinusthrombose, wahrscheinlich Betheiligung des Labyrinths. 18. November Freilegung der Dura und des Sinus, beide normal. Sinus wird angerissen, heftige Blutung, desshalb Schluss der Operation.

Am 19. November soll Jugularis unterbunden werden, doch ist der Zustand der Pat. zu schlecht. 20. November Schwellung des rechten Kniegelenks; desshalb denkt man an Osteophlebitis des Felsenbeins ohne Thrombose der Jugularis. Tod 4 Tage später.

Sektion: Im linken Mittelohre Eiter, Schleimhaut geschwollen. Im Bulbus venae jugularis wandständige eitrige Thromben in einer Ausdehnung von 1 cm. Labyrinth normal. Im rechten Kniegelenk Eiter. **Hinsberg** (Breslau).

28) **J. Brault.** Macroglossie. Lymphangiectasie du plancher de la bouche et des régions cervico-faciale etc.

(a. Ann. des malad. de l'oreille T. XXIII. Fasc. II.
b. Ibid. T. XXIV. Fasc. I.)

B. beobachtete einen 17monatlichen Knaben, bei dem wegen diffusen Lymphangioms 10 Monate lang elektrolytische Behandlung durchgeführt worden war und am Schluss ein schwerer Anfall von Glossitis auftrat. Exstirpation eines großen Stückes der Zunge während dieses Anfalls. Glatter Verlauf, aber nach einer halben Woche schwere Entzündungen der Lymphangiome am Halse. In den punktirten Pseudocysten Pneumokokken. Günstiger Verlauf. — In b. wird der mikroskopische Befund beschrieben und auf die klinische Wichtigkeit der Entzündungsschübe hingewiesen. **Hinsberg** (Breslau).

29) **P. Waldmann** und **W. Schulhof.** Jahresbericht der rhino-laryngologischen Abtheilung der »Budapester allgemeinen Poliklinik« des Doc. Dr. E. Baumgarten.

(Pester med.-chir. Presse 1899. No. 25—27.)

Aus diesem Berichte, welcher über 2176 Kranke referirt, verdient ein Fall eines primären Larynxskleroms hervorgehoben zu werden.

Ein 21jähriges Mädchen leidet seit 3 Jahren an Heiserkeit und Schwerathmigkeit. Die letztere verschlimmerte sich allmählich bis zu Erstickungsanfällen. Der

Kehlkopf zeigte folgendes Bild: Epiglottis unverändert. Die aryepiglottischen Falten sind verdickt, infiltrirt und kaum beweglich. Die Kehlkopflichtung ist auffallend verengt, die Schleimhaut mit weißlichen, eingetrockneten Borken bedeckt. Die geschwollenen falschen Stimmbänder und die Interarytänoidalfalte verdecken die wahren Stimmbänder. Die Schleimhaut unterhalb der letzteren zeigt ebenfalls Vorwölbungen. Die Veränderungen der Nase (eine kleine Geschwulst am Septum und 2 Knötchen auf der Rachenseite des weichens Gaumens) sind so geringfügig, dass die Kehlkopferkrankung als die ältere angenommen werden kann. Die Diagnose wurde mikroskopisch und bakteriologisch bestätigt.

Unter Anwendung der Schrötter'schen Kehlkopfkatheter und späterhin der Intubation wurde durch Atrophie der Infiltrate eine Erweiterung der Stimmritze erzielt. Die Stimme blieb unverändert. Neugebauer (M. Ostrau).

30) **J. Brault.** Tumeur maligne du naso-pharynx chez une petite fille de trois ans et demi.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. p. 476.)

Exophthalmus rechts, Auftreibung der rechten Wange und der Nase, Vorwölbung des weichen Gaumens. Subjektive Schluckbeschwerden und Dispnoë. — Auf Wunsch der Eltern palliative Operation. Nach Spaltung des Gaumensegels Abtragung eines Theils der Geschwulst vermittels Schere, Entfernung weiterer Theile durch Curette. Während der Operation wird Tracheotomie nothwendig.

Zunächst Besserung der Beschwerden, weiterer Verlauf unbekannt. Histologisch handelt es sich um ein Rundzellensarkom mit myxomatösen Partien. Nach B. ist nur 1 analoger Fall bei so jungem Pat. beobachtet.

Hinsberg (Breslau).

31) **M. Pauz.** Ein fixirbarer Kehlkopfspiegel. Bimanuelle laryngeale Operationen.

(Pester med.-chir. Presse 1899. No. 26.)

Verf. hat einen Mundspiegel konstruirt, welcher einen querovalen Rahmen vorstellt. An den unteren Armen des Rahmens kann seitlich ein in einem Kugelgelenk beweglicher Kehlkopfspiegel fixirt werden. Verf. nimmt an, dass damit ein bimanuelles intralaryngeales Operiren ermöglicht sein werde. Mit den bisher angegebenen Formen fixirbarer Spiegel nach V. v. Bruns, K. Roser, Moritz u. A. sei dies nicht möglich.

2 Abbildungen erläutern die Konstruktion und deren Anwendungsweise.

Neugebauer (M. Ostrau).

32) **V. Texier.** Sur un cas du retrécissement brusqué de la trachée.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. Fasc. II.)

Bei einem 15jährigen Individuum entsteht plötzlich heftige Dyspnoë, die bei Bettruhe zunächst für 12 Stunden zurückgeht. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt, dass der Kehlkopf vollkommen normal ist, aber der untere Theil der Luftröhre beträchtlich verengt. Wegen zunehmender Asphyxie 40 Stunden nach Beginn der Erkrankung Tracheotomia inferior. Die eingeführten Kanülen waren zu kurz, ein starkwandiges Drainrohr vermochte die Stenose nicht zu überwinden: Pat. erliegt während der Operation der Asphyxie. — Sektion nicht gemacht; doch konnte nach Erweiterung der Tracheotomiewunde konstatirt werden, dass die Stenose derb und für den kleinen Finger schwer durchgängig war. Als Ursache nimmt T. eine Kompression der Trachea von außen an, und zwar, da er einen ascendirenden kalten Abscess ausschließen zu können glaubt, durch geschwollene Lymphdrüsen (Struma retrotrachealis? Ref.). **Hinsberg** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 47. **Sonnabend, den 25. November.** **1899.**

Über Radikaloperation der Leistenbrüche von Säuglingen.

Von

Dr. **Alexander Fraenkel** in Wien.

Die Indikation zur Radikaloperation der Leistenbrüche hat sich seit Bassini erheblich vereinfacht: sie ist im Allgemeinen in dieser Infirmität an und für sich gegeben. Für die Operation der Hernien im Kindesalter aber scheinen noch den meisten Chirurgen gewisse Vorbehalte und Einschränkungen dieser allgemeinen Indikation geboten. Die Mehrheit der Operateure hält die kindlichen Brüche erst von einem gewissen Umfange an für die Radikalbehandlung reif; die freien Hernien des Säuglingsalters werden von der Operation völlig ausgeschlossen. Für die kleinen Brüche des Kindesalters wird die Möglichkeit der Spontanheilung unter Bruchbandbehandlung geltend gemacht. Was aber den eigentlichen Beweggrund bildet, vor voll-

endetem ersten Lebensjahre die Operation abzulehnen — ob diesbezügliche schlechte Erfahrungen oder gewisse aprioristische Bedenken — das lässt sich aus den einschlägigen Mittheilungen in der chirurgischen Litteratur nicht recht ergründen.

Es dürfte heutigen Tages, wo man bei der so überaus häufigen Radikaloperation der freien Hernien sattsam Gelegenheit findet, die einschlägigen anatomischen Verhältnisse zu studiren, darüber wohl vollständige Übereinstimmung der Meinungen herrschen — alle erfahrenen Hernienoperateure sprechen sich ja in diesem Sinne aus — dass für die weitaus überwiegende Mehrzahl der Brüche die kongenitale Anlage in Form eines kongenital präformirten Bruchsackes erweislich ist. Auch die Unfallheilkunde fußt heute auf der Erkenntnis, dass in den meisten Fällen, wo plötzliche Entstehung in Folge einer entsprechenden Gelegenheitsursache von den Bruchkranken angegeben wird, es sich um äußere Leistenhernien handelt, bei denen wohl die äußere Geschwulst plötzlich erschienen sein mag, ihre Bildung aber durch das Vorhandensein eines offenen Peritonealfortsatzes vorbereitet wurde. Die so außerordentliche Häufigkeit der mit kongenitalem Charakter ausgestatteten Hernien Erwachsener und die notorische Thatsache, dass auch ein regelmäßiges Tragen eines Bruchbandes in vielen Fällen ein Größerwerden der Hernie nicht zu verhindern vermocht hat, geschweige denn sie zur Heilung gebracht hätte, wird uns nach und nach in dem Glauben an die so gepriesenen Chancen der Spontanheilung der Brüche des Kindesalters doch einigermaßen wankend machen. Für die große Mehrheit der bruchkranken Kinder wird mit der Diagnose der Hernie auch die Sorge nicht zu bannen sein, dass sie für ihr Leben lang selbst unter Bruchbandbehandlung den Fährlichkeiten nicht sicher entrückt sind, die mit dem Offenbleiben des Processus vaginalis peritonei gegeben sind. Wir sehen allerdings mit und ohne Bracherium in vielen Fällen die Bruchgeschwulst schwinden. Schon die normalen Wachsthumsverhältnisse, durch welche der gerade Leistenkanal der frühen Kindheit sich durch sein allmähliches Schiefwerden verengt, können ein solches Schwinden einer Bruchgeschwulst bewirken, die Bruchanlage ist aber damit nicht zum Schwinden gebracht.

Es kommt aber noch ein Moment in Frage, das von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist: die Rückwirkung der Infirmität auf die physische und moralische Entwicklung und Erziehung der Kinder. Ein bruchkrankes Kind wird allezeit, selbst bei noch so gut angelegtem Bruchbande, für die Eltern eine Quelle fortwährender Sorge bleiben. Es wird abseits gehalten vom Verkehre mit anderen Kindern, die in ungebundener Weise sich in Jugendspielen, im Turnen, im Schwimmen den Körper stählen. Indem sie so behindert werden, als Kinder unter Kindern zu leben, laufen sie Gefahr, körperlich zu verkümmern und werden um die ihrem Alter zukommende Frische des Gemüths gebracht. Sie leiden physisch und moralisch Schaden

ohne die sichere Gewähr, für kommende Zeiten den Folgen, die ihre Infirmität mit sich bringt, entrückt zu sein.

Was und wie viel von der Spontanheilung der Brüche zu erwarten ist, ergiebt aber in sehr evidenter Weise die Beobachtung einer anderen Bruchform, die ja wohl die häufigste Hernienart des Kindesalters darstellt: der Nabelbruch. Ein Heftpflasterverband durch einige Wochen applicirt soll genügen, um hier dauernde Heilung zu bewirken. Man halte dem gegenüber die systematische Beobachtung von Kindern in den verschiedenen Lebensjahren und man kommt bald zur Einsicht, dass wir es hier mit einer Bruchform zu thun haben, die in mehr oder minder ausgesprochener Weise fast regelmäßig nachweisbar bleibt. Man weiß, wie sie dann in späteren Lebensjahren mit zunehmender Fettleibigkeit, bei Schwangerschaften etc. mit aller Deutlichkeit zu Tage tritt und weiß nicht minder, dass in selbst unscheinbarer Entwicklung, auch ohne Einklemmung, Nabelhernien zur Quelle schwerer Gesundheitsstörungen werden können, die schließlich doch nur auf operativem Wege gründlich behoben werden können.

Solche Erwägungen und Erfahrungen haben mich bestimmt, für die Hernien des Kindesalters dieselbe Indikationsbreite gelten zu lassen wie für jene der Erwachsenen, um so mehr als das Material, aus dem sich die große Mehrzahl meiner kleinen Pat. rekrutirt — sowohl an der unter meiner Leitung stehenden chirurgischen Abtheilung des hiesigen Karolinen-Kinderspitals als auch an der Wiener allgemeinen Poliklinik — der ärmsten Bevölkerungsklasse angehört, bei der von vorn herein an eine wirksame dauernde Bruchbandbehandlung nicht zu denken ist.

Unter den 68 Kindern, die ich wegen ihrer Leistenhernien radikal operirt habe, finden sich 16 Säuglinge, und gerade dieser letztere Umstand, der mein operatives Material von dem anderer Chirurgen unterscheidet, veranlasst mich, in der Angelegenheit der Radikalbehandlung der Hernien des Kindesalters meine Erfahrungen hiermit den Fachkollegen mit einigen Worten zu unterbreiten. Ich habe 4mal incarcerirte Hernien an Säuglingen operirt, und zwar jedes Mal mit Anschluss der Radikaloperation nach Bassini. Der überaus glatte Verlauf dieser 4 Operationen hat mich veranlasst, in weiteren 12 Fällen auch bei freien Hernien des Säuglingsalters — das jüngste Kind war 2 Monate alt — die Radikaloperation des Bruches durchzuführen. Ich habe mich um so leichteren Herzens nach diesen günstigen Erfahrungen an den vier Einklemmungen hierzu entschlossen, als ich trotz aller durch Jahre fortgesetzten Bemühungen mit der Bruchbandbehandlung der Säuglinge die allerschlechtesten Erfahrungen gemacht habe. Ich kann wohl mit gutem Gewissen behaupten, dass die Säuglinge unter der Bruchbandbehandlung mit der unvermeidlichen Konsequenz der Irritation der Haut durch die koth- und urinbeschmutzten Bracherien unverhältnismäßig mehr zu

leiden hatten als durch die Operation. Es änderte auch nichts an der Sache, dass den Eltern für ihre Bruchbänder waschbare Flanellüberzüge mitgegeben wurden, die nach jedesmaliger Verunreinigung abzunehmen und durch reine zu ersetzen waren. Die Säuglinge entgingen ihrem Ekzem und deren Folgezuständen doch nicht. Diese Ekzeme und namentlich auch Furunkulose sind übrigens bei bruchkranken Säuglingen auch ohne das Irritament des Bracheriums häufig zu beobachten. Es ist ja bekannt, dass die Brüche in diesem Lebensalter sich namentlich im Anschlusse an Darmerkrankungen und durch die hierbei gegebenen Gelegenheitsursachen der gesteigerten Bauchpresse, den Meteorismus etc. entwickeln. Die Beschmutzung der Haut mit dem in solchen Fällen an pathogenen Keimen reichen Stühlen bewirkt ja an und für sich verschiedene infektiöse Zustände der Haut. Diese Darmkatarrhe sind von großer Bedeutung für die Frage der Radikaloperation, denn sie müssen, ehe an den operativen Eingriff gedacht wird, zum mindesten sehr wesentlich gebessert sein, durch entsprechende Regelung der Diät und sonstige Behandlung. Es muss zur Regel und Vorbedingung gemacht werden, nicht früher zur Operation zu schreiten, ehe nicht der Stuhl des Kindes in seiner Beschaffenheit wenigstens wesentlich gebessert ist; den Rest der Heilung der Darmkatarrhe bruchkranker Säuglinge scheint — nach unseren Erfahrungen — die Operation selbst zu besorgen. Denn hier liegt ein ähnliches Verhältnis wie bei der Hasenscharte vor. Die Hasenschartenkinder leiden vielfach in Folge der mechanischen Behinderung der Ernährung an Darmkatarrhen, die in vielen Fällen erst dann vollkommen ausheilen, wenn die Operation durchgeführt ist; ist aber vorher der Darmkatarrh nicht bis zu einem gewissen Grade gebessert, so kann der Darmzustand auch den operativen Erfolg vereiteln. Die Säuglingshernien haben gewiss vielfach ihren unmittelbaren Entstehungsgrund in dem durch die Darmkatarrhe bewirkten Pressen der Kinder; dieser Darmkatarrh selbst aber wird seinerseits auch nicht zum geringen Theile durch die Hernie unterhalten, mit den durch sie bedingten Störungen der Darmbewegung und der Blutcirkulation im Darme. In diesem Sinne kann also die Operation der Hernie auch den Darmkatarrh der Säuglinge günstig beeinflussen.

Gerade die Sorge der Beschmutzung der Operationswunde mit Koth und Urin mag vielfach die Chirurgen davon abgehalten haben, im Säuglingsalter die freien Brüche zu operiren. Aber ganz abgesehen davon, dass — nebenbei bemerkt — die durch Naht wohl verschlossenen Wunden hierunter in ihrer Neigung zur prima intentio nur wenig gestört werden, lässt sich bei guter Wartung und einem entsprechend angelegten, die untere Körperhälfte immobilisirenden Verbande, der zudem durch wasserdichten Stoff rings um After und Penis wohl geschützt ist, die Verunreinigung der Wunde und des Verbandes fast sicher vermeiden. Wir konnten in fast allen

unseren Fällen die Operationswunde unter einem Verbande heilen sehen. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug 8—10 Tage. Es ist ferner immer darauf Gewicht zu legen, die Kinder wiederholt im Tage außer Bett zu bringen und sie zeitweilig umherzutragen, weil hierdurch erfahrungsgemäß die Verdauung günstig beeinflusst wird. Es wäre auch gegen eine ambulatorische Behandlung nichts einzuwenden — wie wir dies bei zwei unserer wegen Einklemmung operirter Säuglinge durchgeführt haben —, wenn die Witterungsverhältnisse dies nicht verbieten, und die Gewähr für eine rationelle Ernährung der Säuglinge in ihren häuslichen Verhältnissen geboten wäre. Brustkinder belässt man selbstverständlich bei der Amme.

Bei Beobachtung aller dieser Kautelen ist der Verlauf der ganzen Operation ein tadelloser. Wir wissen ja aus anderweitigen Erfahrungen der operativen Praxis, wie gut Säuglinge operative Eingriffe vertragen, und wie sehr der kindliche Organismus mit seinem regen Stoffwechsel befähigt ist, ein für Erwachsene oft unheilvolles Maß von septischer Wundinfektion zu überwinden.

In technischer Hinsicht bietet die Hernienoperation an Säuglingen kaum irgend welche Besonderheiten dar. Bei der größeren Zartheit der Gewebe wird eine vorsichtigere Manipulation zur selbstverständlichen Voraussetzung, die namentlich bei der Ablösung des Bruchsackes vom Samenstrange besonders in Betracht kommt. So innig auch diese Verbindung sich in den meisten Fällen erweist, so gelingt doch die völlige Isolirung des Bruchsackes bei einiger Übung und durch Erfahrung erleichterter Orientirung in allen Fällen, und je leichter und besser sie gelingt, um so geringer wird die örtliche Reaktion nach dem Eingriffe sich gestalten. Im Übrigen haben wir uns streng an die Bassini'sche Methode gehalten.

Die Befunde, die ich bei meinen Säuglingsoperationen zu erheben Gelegenheit hatte, entsprechen den bekannten der kongenitalen Hernien; dass in zwei Fällen sich im Bruchsacke der verlängerte und verdickte Wurmfortsatz vorfand, der gleichsam prophylaktisch abgetragen wurde, gehört ja auch zu den oft genug im Bruchsacke kindlicher Leistenhernien erhobenen Befunden. Das Wesentliche bleibt die Hervorhebung der Thatsache, wie gut die Säuglinge die Operation vertrugen, und wie werthvoll es ist, durch einen möglichst frühzeitigen chirurgischen Eingriff ohne irgend welche Schädigung eine bestehende Infirmität für alle Zukunft beheben zu können. Denn darüber kann wohl kein Zweifel sein, dass gerade bei Hernien die Frühoperationen die beste Gewähr für dauernde Heilung bieten.

Man darf wohl hoffen, dass bezüglich der Feststellung des geeigneten Zeitpunktes für die Radikaloperation der Hernien sich bald dieselbe Wandlung der Anschauungen vollziehen wird, wie dies für die Operation der Hasenscharte geschehen ist. Auch hier ist es erst eine Errungenschaft der letzten Jahre, dass man allgemein zur Einsicht gekommen ist, die Operation könne nicht frühzeitig genug — womöglich in den ersten Lebenstagen — ausgeführt werden. Ich

hege eben so für die Brüche der Kinder die Überzeugung, dass man die günstigste Zeit versäumt, wenn man die radikale Operation dieses Zustandes nicht so früh als möglich durchführt — also im Verlaufe des ersten Lebensjahres.

---

1) **Kehr** (Halberstadt). Ernährungstherapie vor und nach Operationen.

(Sonderabdruck aus dem Handbuch der Ernährungstherapie Bd. II. Herausgegeben von Geh.-Rath Prof. Dr. von Leyden.)

Leipzig, **Georg Thieme,** 1899.

Es ist ein großes Verdienst des Herausgebers, ein Handbuch der Ernährungstherapie geschaffen zu haben. Tritt doch die Erkenntnis von der Wichtigkeit einer rationellen Ernährung des gesunden und kranken Menschen immer mehr in den Vordergrund, nachdem diese Frage lange Zeit recht vernachlässigt worden war und zum Theil noch vernachlässigt wird. Ganz besonders freudig muss in chirurgischen Kreisen ein Buch begrüßt werden, das die Ernährungstherapie vor und nach Operationen behandelt; es ist dies ein Theil des Ganzen, der nicht nur für Studirende und Anfänger, sondern überhaupt für jeden Chirurgen, aber auch für Leiter und Oberinnen an Kliniken und Krankenhäusern das größte Interesse haben sollte. Verf. hat es verstanden, aus seinen eigenen reichen Erfahrungen, aber auch mit weitgehender Benutzung der einschlägigen Litteratur, ein Buch zusammenzustellen, das gewiss für Jeden Neues und Beherzigenswerthes enthält. Die Arbeit zerfällt in einen allgemeinen und in einen speciellen Theil. Der erste Theil behandelt nach einigen einleitenden Bemerkungen die Ernährung vor und nach der Narkose, ein für jeden Arzt wichtiges Kapitel. Hier wird vor Allem auf das überaus lästige Erbrechen während und nach der Narkose hingewiesen und in minutiöser Weise geschildert, wie man seine Kranken durch zweckmäßige Vorbereitung zur Narkose, aber auch durch zweckmäßige Ernährung hinterher davor schützen kann. Nach des Ref. Meinung geht Verf. allerdings in einem Punkte etwas zu weit, nämlich bei plötzlich nothwendig werdenden Narkosen, z. B. bei Schwerverletzten, eine Magenausspülung voranzuschicken; das wird nicht nur »in manchen Fällen«, sondern meist auf erheblichen Widerstand seitens des Kranken stoßen und denselben unnöthig aufregen und erschöpfen. Es werden kurz auch die Bestrebungen zahlreicher Autoren erwähnt, welche durch Benutzung besonderer Narkosengemische und durch Anwendung anderweiter Maßnahmen, z. B. Cocainisirung der Nasenschleimhäute nach Rosenberg, das Erbrechen zu verhüten suchten.

Im speciellen Theile ist naturgemäß besondere Sorgfalt auf die Ernährung vor und nach Operationen am Halse, Speiseröhre, Kehlkopf und bei Laparotomien, hier vor Allem wieder bei Magen- und Darmoperationen gelegt worden. Es werden hier auch kurz die

verschiedenen Methoden der Kehlkopfexstirpationen gestreift in Bezug auf ihren Werth, den Kranken möglichst bald wieder gut und kräftig ernähren zu können. Im Allgemeinen ist wohl denjenigen Methoden der Vorzug zu geben, welche einen Abschluss der Wunde von der Mundhöhle erstreben. Eben so sind bei Anlegung einer Magenfistel die Methoden zu bevorzugen, die sofort nach der Operation eine kräftige Ernährung zulassen, wie die nach Witzel, Frank u. A. Auf Einzelheiten der Ernährung hier einzugehen, führt zu weit. Auch Verf. verweist auf die Abhandlungen von Riegel und Boas in demselben Handbuche. Die Frage, ob sofort oder erst nach einer längeren Abstinenz bei Magenoperationen vom Munde aus ernährt werden soll, ist noch nicht entschieden; Verf. selbst lässt nur 24 Stunden lang absolute Diät einhalten, um die Nachwirkungen der Narkose zu mindern, und geht erst dann zu flüssiger Kost, Thee, Mehlsuppen über, welche häufig, auch Nachts, alle 10 Minuten etwa theelöffelweise gereicht wird. Dann steigert sich die Kost von Tag zu Tage, bis erst am 6. Tage eine leichtere feste Kost verabfolgt wird.

Im Allgemeinen hat man wohl die langen Hungerkuren nach Magen-Darmoperationen verlassen. Dies trifft auch nach Operationen an der Leber und dem Gallensysteme zu, wobei nur das eine betont werden muss, dass man einige Zeit lang eine fettfreie oder fettarme Nahrung reichen soll wegen des Ausfalls der Galle, die zur Verdauung des Fettes unentbehrlich ist.

Wenn die vorliegende Arbeit nach des Verf. eigenen Worten nur eine »Skizze« ist, die anregend zum Studium des Ganzen wirken soll, so bildet sie jedenfalls einen vortrefflichen Schluss für das Handbuch der Ernährungstherapie, das sich in allen ärztlichen Kreisen bald Freunde erwerben möge! **Tschmarke** (Magdeburg).

---

2) **H. Cushing.** Acute diffuse gonococcus peritonitis.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1899. Mai.)

Es ist noch eine umstrittene Frage, ob gonorrhoische Infektion eine diffuse Peritonitis herbeiführen kann, oder ob letztere erst durch Mischinfektion ermöglicht wird. Zur Klärung der Frage theilt Verf. 2 von ihm beobachtete Fälle von allgemeiner Peritonitis mit, in denen die sorgfältigste Untersuchung nur den Gonococcus als Infektionserreger nachweisen konnte. Die Erkrankung trat beide Male während der Menstruation auf bei Frauen, die an chronischer Gonorrhoe litten und sich kurz vorher einer Reinfektion ausgesetzt hatten. Durch Laparotomie wurde Heilung erzielt.

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1) Der Gonococcus erregt außer der specifischen Erkrankung, der Gonorrhoe, andere weniger specifische Erkrankungen.

2) Es ist durch Experimente bewiesen, dass bei bestimmten kleinen Thieren der Gonococcus akute Erkrankungen des Bauchfells, ähnlich

den septischen Peritonitiden des Menschen, hervorrufen kann. Die Erkrankungen zeichnen sich jedoch durch ihre Neigung zu schneller Heilung aus.

3) Es fehlte bis jetzt noch der strenge Beweis, dass die Peritonitiden, die sich bei der Frau an Gonorrhoe anschließen, allein durch den Gonococcus erregt werden. Die Entzündungen wurden als bedingt durch Mischinfektion oder durch chemische Reizung angesehen.

4) Die vom Verf. beobachteten Fälle erbringen zum 1. Male den zwingenden Beweis, dass eine allgemeine Peritonitis allein durch den Gonococcus erzeugt werden kann.

5) Es war bekannt, dass sich das gonorrhoische Gift auf das Bauchfell während der Schwangerschaft weiter verbreiten kann. Eine gleiche Gelegenheitsursache bildet nach Verf.s Beobachtungen auch die Menstruation.

6) Derartige aufsteigende gonorrhoische Erkrankungen bleiben in der Regel im Becken lokalisirt und kommen desshalb nicht zur Operation.

7) Eine allgemeine Erkrankung des Bauchfells, wie sie Verf. beobachtete, muss entweder sehr selten sein oder oft verkannt werden. Sie muss bedingt sein durch besondere Disposition des Bauchfells oder durch besonders große Virulenz der Gonokokken.

8) Das Bauchfell ist nicht mehr immun gegen den Gonococcus als das Peri- oder Endokard. Da die Erkrankung meist milde verläuft, so kommt sie selten im akuten Stadium unter das Messer des Chirurgen.

Strauch (Braunschweig).

---

3) **O'Conor.** Appendicitis.

(Glasgow med. journ. 1899. September.)

Auf Grund von 60 von ihm operirten Fällen vertritt Verf. entschieden den Standpunkt, bei festgestellter Epityphlitisdiagnose sofort zu operiren und bei Abscessen jedes Mal den Wurmfortsatz zu entfernen, auch unter ausgedehnter Ablösung von Verwachsungen. Er glaubt an keine große Zahl von Spontanheilungen, wird also wohl wesentlich mit schwereren Fällen zu thun gehabt haben.

Willemer (Ludwigslust).

---

4) **Mühsam.** Beiträge zur Differentialdiagnose der Appendicitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 31.)

M. beschreibt eine Reihe von in der Abtheilung Sonnenburg's beobachteten Fällen, bei denen durch mit Epityphlitis übereinstimmende Erscheinungen Gelegenheit zu diagnostischen Irrthümern gegeben war. Allen Fällen gemeinsam war, dass sie unter dem Bild der Peritonitis, deren Ausgangspunkt in die rechte Seite des Unterleibs gelegt wurde, erkrankten.

Die Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose machen sich in zweierlei Richtung geltend, erstens bei den chronischen Fällen, die von Sonnenburg als latente, von Ewald als larvirte Epityphlitis beschrieben worden sind. Hier kann die Epityphlitis unter dem Bild von Magen- und Darmstörungen oder von Hysterie verlaufen. In einer anderen Gruppe von Fällen handelt es sich um akut einsetzende Erkrankungen, zu denen der Arzt in der Regel erst gerufen wird, wenn bereits allgemeine Peritonitis vorhanden ist. Hier kann der Sitz der Schmerzen, das Exsudat oder eine Dämpfung in loco classico eine Epityphlitis vortäuschen, während in der That eine andere Ursache der Peritonitis bestand. Die Diagnose wird in solchen Fällen noch durch Opiumtherapie, welche das Krankheitsbild verwischt, erschwert werden. Um sich vor derartigen Täuschungen in der Diagnose möglichst zu bewahren, räth M., bei jeder Blinddarmentzündung eine sehr genaue Anamnese über den Krankheitsbeginn aufzunehmen. Die Opiumtherapie will M. im Sinne Kocher's bei Epityphlitis, Peritonitis und selbst bei Ileus gestrichen wissen, da durch dieselbe nur Scheinbesserungen hervorgerufen werden und das Krankheitsbild unklar wird.

Bezüglich der speciell angeführten Fälle wird auf das Original verwiesen. **Gold** (Bielitz).

---

5) **Harrington.** Hernia following operations for appendicitis.
(Boston med. and surg. journ. 1899. August.)

H. hat sich der Mühe unterzogen, von den im Zeitraume vom Januar 1888 bis August 1897 im Massachusetts general Hospital wegen Epityphlititis operirten 503 Fällen möglichst viele (236) auf das Vorhandensein von Hernien nachzuuntersuchen. Den größten Procentsatz von Hernien lieferten naturgemäß diejenigen Fälle, in welchen die Wunden ganz offen behandelt wurden, dann folgen diejenigen, in welchen mehr oder weniger ausgiebige Drainage angewandt war, und am besten waren die Resultate bei den sofort gänzlich vernähten Fällen. Bemerkenswerth ist, dass auch in 23 offen oder mit Drainage behandelten Fällen sich ein guter Verschluss der Bauchwandungen eingestellt hatte; fast immer handelte es sich hier um junge, muskulöse Individuen. Wohl wegen der im Allgemeinen schwächeren Muskulatur waren die trotz primären Nahtverschlusses entstandenen Hernien bei Frauen etwas häufiger als bei Männern.

Auf Grund dieser Beobachtungen räth H., die Drainage, wenn irgend möglich, zu vermeiden und die Muskeln Lage für Lage sorgfältig zu vernähen, so wie sich möglichst vor queren Durchschneidungen von Muskelfasern zu hüten. Bei einiger Mühe gelingt es, die Fasern des Obliq. ext. einerseits, die des Obliq. int. und transversus andererseits stumpf so weit aus einander zu ziehen, dass genügende Zugänglichkeit des Operationsfeldes erreicht wird. Wenn nöthig, durchschneidet man die seitliche Rectusscheide, zieht den Rectus zur Seite und vernäht nachher die Scheide sorgfältig. Nach erfolgter Heilung soll

man das permanente Tragen eines Bruchbandes vermeiden, vielmehr durch geeignete gymnastische Übungen für eine kräftige Entwicklung der Bauchmuskulatur Sorge tragen. **Willemer** (Ludwigslust).

---

6) **Galin.** Über Brüche in der Leistengegend künstlich-traumatischen Ursprungs. (Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen an Leichen.)

(v. Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie Bd. LX. Hft. 1.)

Die umfangreiche Arbeit behandelt die atypischen Brüche der Regio inguinalis, die man als künstliche Brüche bezeichnet und die ohne Zweifel traumatischen Ursprungs sind. Nach Ansicht des Verf., der nebst seinen eigenen Versuchen und Beobachtungen fast ausschließlich russische Litteratur über den Gegenstand benutzen kann sind diese Hernien durch bösen Willen und eine gewisse Kunst von Seiten dessen, der sie hervorbringt, entstanden. Über den letzteren Punkt wünschte man freilich noch mehr zu wissen, als der Autor selbst zu berichten vermag.

Als wesentliche Erkennungsmerkmale des künstlichen Bruches giebt G. folgende Punkte an: Eine runde halbkugelförmige Geschwulst in der Leistengegend, welche wenig Neigung hat, in den Hodensack herabzusteigen. Ferner müssen starke Veränderungen des Leistenkanals vorhanden sein, bestehend in Anwesenheit von unnatürlichen Löchern in der Aponeurose des M. obliquus externus und in den tieferen Theilen des Leistenkanals. Die Größe der Hernie und der Umfang der Ausgangsöffnung sollen sich nicht entsprechen, sondern in einem ungewöhnlichen Verhältnisse zu einander stehen, und außerdem soll die Lage des künstlichen Bruches zum Funiculus spermaticus den gewöhnlichen Verhältnissen nicht ähnlich sein. Dazu kommen noch Schmerzempfindungen spontan oder bei Druck auf die Gegend des Bruches, Narbenbildungen, Geschwülste und Sugillationen in der Leistengegend.

Sehr ausführlich bespricht Verf. die anatomischen Verhältnisse in der Regio inguinalis theils auf Grund anderer bekannter Arbeiten, theils auf eigene Studien gestützt. Zur Beglaubigung seiner Ansichten hat er zahlreiche Experimente an der Leiche gemacht, künstliche Zerreißungen des Leistenrings und der Länge des Kanals gesetzt und mittels Wasserinjektionen in den Mastdarm und die Bauchhöhle wie durch Eingießen von Gipsbrei oder durch Außendruck anderer Art derartige Verhältnisse herbeizuführen gesucht, wie er sie bei Leuten, die auf »künstliche« Hernie verdächtig waren, vorfand. Eine Bestätigung seiner Anschauungen fand er fernerhin durch die Autopsia in vivo bei einigen Soldaten, die ihre künstlich gesetzte Hernie operiren zu lassen sich anscheinend entschließen konnten. Anatomisch sind übrigens die »künstlichen Hernien« den inneren direkten Brüchen (nach Linhart) beizuzählen. Nach G.'s

Ansicht ist die Kunst, mit der solche Brüche gemacht werden, schon eine sehr vollkommene geworden, da immer weniger äußerlich sichtbare Merkmale des Artefakts in Erscheinung treten.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

7) **R. S. Fowler.** Partial enterocele.

(Annals of surgery 1899. Mai.)

Verf. giebt einen ausführlichen Überblick über die Entwicklung der Lehre von den Darmwandbrüchen. Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose werden besprochen; forcirte Taxis wird als sehr gefährlich gerade bei dieser Bruchform hingestellt. Die einzigen Fälle, die genesen, seien die zeitig erkannten und operirten.

4 Fälle von Treves werden erwähnt, von denen 3 an Peritonitis in Folge Darmgangrän starben, einer, bei dem die Operation en bloc vorher gemacht worden war, genas. In allen Fällen wurde 3 Tage nach stattgehabter Einklemmung operirt.

Ein Fall von Deut starb nach Operation ebenfalls an Peritonitis.

Verf. führt 2 eigene Fälle an, der eine wurde am 7. Tage operirt, Darmgangrän, Tod. Der andere 3 Tage alte ging in Heilung aus. Ausführliche Litteraturangaben vom Jahre 1606 an schließen den Bericht.

W. Hirt (Breslau.)

---

8) **A. E. Maylord.** Remarks upon the operative treatment of distended small intestine in acute obstruction and in acute peritonitis.

(Brit. med. journ. 1899. April 8.)

M. geht von der Ansicht aus, dass sowohl beim akuten Darmverschluss, als auch bei der allgemeinen Peritonitis die Operation nicht sowohl die primäre Ursache feststellen und beseitigen muss, sondern auch die übermäßige Ausdehnung der Därme durch Gas und Koth nach Möglichkeit abzustellen hat, durch welche eine Lähmung der Darmmuskulatur, eine Resorption von Kothtoxinen und eine Durchgängigkeit der Darmwandung für Bakterien etc. bedingt wird. Er öffnet dem entsprechend bei jeder derartigen Laparotomie die vorliegende geblähte Darmschlinge und entleert die betreffende und die erreichbaren benachbarten Schlingen durch Ausstreichen ihres Inhalts; wenn nöthig, legt er auch mehrere solche Evakuationsöffnungen an, die nach gehöriger Entlastung des Darms durch eine fortlaufende Lembert'sche Naht wieder verschlossen werden. In Fällen von Peritonitis mit Darmlähmung hat M. auch nach der Entleerung mit Erfolg eine Lösung von ca. 25 g Bittersalz direkt in den Darm eingeführt und dadurch die Peristaltik wieder in Gang gebracht.

4 Krankengeschichten günstig verlaufener Fälle sollen den Werth der Entlastung des Darmes bei der Operation illustriren.

F. Krumm (Karlsruhe).



9) **Cushing.** The »right-angle« continuous intestinal sutures.
(Boston med. and surg. journ. 1899. Juli.)

Verf. bespricht die Vorzüge der von ihm schon 1886 empfohlenen Nahtmethode, welche bei großer Sicherheit des Verschlusses sehr schnell bewerkstelligt werden kann. Je größer nach Vollendung der Naht die Ausdehnung des Darmes wird, desto mehr sinkt die Nahtlinie ein. Zur Sicherheit der ersten Nahtlinie kann eine zweite eben solche oder eine Reihe Lembert'scher Nähte angelegt werden. Beigegebene Zeichnungen veranschaulichen die Art der Nahtanlegung.

Willemer (Ludwigslust).

---

10) **H. Blanc.** Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel.
Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1899. 106 S.

Die Pathologie des Meckel'schen Divertikels findet in der vorliegenden Dissertation eine eingehende Behandlung. Der 1. Theil der Arbeit beschäftigt sich mit den von der Gegenwart des Divertikels als solchem abhängigen krankhaften Zuständen und schildert in erster Linie den Darmverschluss, sodann die Hernien des Divertikels, die durch dasselbe bedingten Nabelfisteln, den Nabelvorfall in Folge von Divertikel und endlich die Cysten und die Adenome des Divertikels. Eigenthümlicherweise sind dem Verf. die Magensaft ähnliche Flüssigkeit absondernden Nabelfisteln, die nach der van Siegenbeek'schen, seither mehrfach bestätigten Auffassung ebenfalls mit dem Meckel'schen Divertikel in Beziehung stehen, beinahe unbekannt. Er erwähnt nur — als Magenvorfall —, den Tillmann-schen Fall, ohne die Wandlung zu berühren, die sich seit der Arbeit van Siegenbeek's in der Auffassung dieser Fälle kund gegeben hat.

Der 2. und Haupttheil der Arbeit ist der Entzündung des Divertikels (der »Diverticulite«) gewidmet, die mit Recht in Parallele gestellt wird zur Entzündung des Wurmfortsatzes. Eine diesbezügliche, interessante, persönliche Beobachtung wird aus der Abtheilung von Dr. Blum (Hôpital St. Antonie) berichtet. Es handelt sich um einen 41jährigen, plötzlich unter heftigen Schmerzen und der Bildung einer Geschwulst in der Ileocoecalgegend erkrankten Pat. Die Diagnose wurde auf Epityphlitis gestellt. Bei der Operation fand sich der Wurmfortsatz normal, während sich das Meckel'sche Divertikel, in fibrinöse Verwachsungen eingebettet, als krank erwies. Dasselbe wurde abgetragen, worauf Heilung erfolgte. Bei der Untersuchung des Präparats fand sich die Wand des Divertikels von einer Fischgräte durchstochen, welche der Pat. 15 Tage vorher verschluckt hatte.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

11) **H. Lardennois.** Traitement chirurgical du cancer du gros intestin.
Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1899. 188 S.

Verf. giebt in vorliegender Dissertation eine Darstellung der Pathologie und Therapie des Dickdarmkrebses. Die fleißige Arbeit, die

an sich im Wesentlichen nichts Neues bringt, hat hauptsächlich zum Zweck, der chirurgischen Behandlung des Dickdarmcarcinoms in der französischen Ärztewelt den Eingang zu verschaffen, den sie anderswo schon längst gefunden.

Dem Verf. angehörig ist eine Methode von Entero-Rectostomie mittels des Murphyknopfs. Diese für inoperable Krebse im unteren Theil des S romanum bestimmte, bis jetzt aber nur an der Leiche und am Hund versuchte Methode besteht darin, dass zuerst der weibliche Theil des Knopfs in der zur Anastomose geeigneten Darmschlinge fixirt, worauf der männliche Theil durch eine besondere Zange hoch in den Mastdarm eingeführt wird. Dieser wird nun an seiner vorderen Wand, dem Knopf entsprechend, bis auf die Schleimhaut angeschnitten. Die Durchtrennung der Schleimhaut geschieht durch Aufeinanderdrücken der beiden Knopfhälften, deren innerer Cylinder zu dem Zweck vorher durch einige Feilenstriche zugeschärft werden musste.

Was die Darmausschaltung als Palliativ-Behandlung betrifft, so will sich Verf. kein bestimmtes Urtheil erlauben, neigt aber eher auf die Seite der Enteroanastomose. Den Schluss der Arbeit bildet eine sich auf 36 Fälle erstreckende Kasuistik, die in den letzten Jahren publicirten Fälle enthaltend, so wie eine tabellarische Zusammenstellung sämmtlicher bis jetzt mitgetheilter Beobachtungen.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

12) **Higgins, Cobb, Porter.** Imperforate rectum.

(Boston med. and surg. journ. 1899. Juli.)

In der »Surgical section of the Suffolk district med. society« fand im Anschluss an Demonstrationen und Vorträge der oben genannten Herren eine eingehende Diskussion statt über die beste Operationsmethode bei angeborenem Verschlusse des Afters resp. des Mastdarms. Alle waren darin einig, den Gebrauch des Trokars ganz zu verwerfen; aber während von einer Seite empfohlen wurde, von hinten her, wenn nöthig nach Entfernung des Steißbeins resp. von Theilen des Kreuzbeins, vorzugehen, vom Bauche aus dagegen nur dann zu operiren, wenn die sofortige Eröffnung des Darmes nöthig sei, wurde von anderer Seite betont, dass doch häufig der anatomischen Verhältnisse wegen ein Auffinden des verschlossenen Darmtheils nur vom Bauche aus ermöglicht werden könne.

Willemer (Ludwigslust).

---

13) **G. Deletré.** De l'anus iliaque dans le traitement de certaines maladies du rectum.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1899. 50 S.

Verf. bespricht, ohne etwas Neues zu bieten, die Indikationen für die Anlegung eines künstlichen Afters bei Erkrankungen des Mastdarms, sei es als Voroperation, sei es bei inoperablen Geschwülsten als Palliativoperation, und beschreibt die in der Klinik von Terrier

gebräuchliche, von Hartmann eingeführte Methode. Dieselbe unterscheidet sich in nichts von allgemein gebräuchlichen Verfahren, als vielleicht darin, dass auf Nähte ganz verzichtet wird.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

14) 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu München.

I.

H. Braun (Göttingen): **Die diagnostische Bedeutung akuter Ergüsse in die Bauchhöhle.**

B., der schon in einem auf dem Chirurgenkongresse in Berlin 1891 gehaltenen Vortrage: »Über die operative Behandlung der Achsendrehung der Flexura sigmoidea« auf die Bedeutung von Flüssigkeitsergüssen in die Bauchhöhle als ein Zeichen für Strangulation von Darmtheilen hingewiesen hatte, kommt nochmals auf dieses wenig beachtete Symptom zurück. Nur Gangolphe hatte 1893 und 1894 auf dem französischen Chirurgenkongresse diese akuten Ergüsse in demselben Sinne gedeutet und durch Camichel analoge Fälle aus der Litteratur und einige Experimente an Thieren mittheilen lassen. Neuerdings hat C. Bayer nach mehreren eigenen Beobachtungen diese plötzlich auftretenden Flüssigkeitsergüsse als differentialdiagnostisches Mittel zwischen inneren Einklemmungen und Peritonitis, und zwar für erstere sprechend, verwerthet. B. hat die akute Entstehung von Flüssigkeitsergüssen in das Abdomen in einer Menge, die perkutorisch nachgewiesen werden konnte, bei 4 Kranken mit Achsendrehung der Flexura sigmoidea oder des Coecums nebst dem angrenzenden Abschnitte des Colons und Ileums, je 2mal nach Umschnürung von Darmtheilen durch ein Meckel'sches Divertikel und durch Ligamente, 1mal bei einer Invagination gefunden; dagegen auch einige Male das Exsudat vermisst in Fällen, in denen man dasselbe der Ursache der Einklemmung nach hätte erwarten sollen. Zur Entscheidung der Frage über den diagnostischen Werth dieser akut entstehenden Exsudate sind desshalb weitere genaue Beobachtungen nothwendig. B. glaubt, wie früher, dass dasselbe zunächst als Zeichen der Strangulation von Darmtheilen angesehen werden muss, besonders wenn dasselbe ein sanguinolentes ist.

Die praktische Konsequenz dieser Anschauung ist, dass in allen Fällen, in denen ein akuter Flüssigkeitserguss in die Bauchhöhle neben Erscheinungen von innerer Einklemmung auftreten, die Laparotomie möglichst rasch ausgeführt werden soll, weil gerade bei den Strangulationen besonders schnell Veränderungen an dem eingeklemmten Darme eintreten, welche die Aussichten für den günstigen Verlauf der Operation wesentlich verschlechtern; ferner dass das Ausfließen sanguinolenter Flüssigkeit bei der Laparotomie stets eine Aufforderung enthalten soll, konsequent nach dem Hindernisse zu suchen, um dieses zu beseitigen, besonders auch in denjenigen Fällen, in denen wegen hochgradigen Meteorismus die Anlegung eines künstlichen Afters beabsichtigt war, diese Operation aufzugeben und ebenfalls den Verschluss direkt zu lösen. (Selbstbericht.)

C. F. Steinthal (Stuttgart): **Zur Nachbehandlung schwerer Unterleibsoperationen** empfiehlt S. bei allen jenen Zuständen, welche auf Herzschwäche beruhen, in erster Linie methodische Kochsalzinfusionen. Er macht desshalb bei allen jenen Kranken, welche doch meist ziemlich elend zur Gastroenterostomie kommen, entweder schon vor, jedenfalls aber unmittelbar nach der Operation eine intravenöse Infusion von 1—1½ Liter und wiederholt dieselbe in den ersten 4 bis 6 Tagen 2mal täglich, ein Eingriff, der weitere Schwierigkeiten nicht macht, weil die Vene immer nur durch eine Ligatur in Schleifenform geschlossen wird.

Die intravenöse Infusion wird der subkutanen resp. Rectalinfusion vorgezogen, weil gleichzeitig in den ersten 3 Tagen nach der Operation 2mal täglich je 40 g sterilisirtes Olivenöl nach dem Vorgange Leube's unter die Haut gespritzt und daneben öfters Nährklystiere (1/8 Liter Milch mit 30 g Pepton resp. 30 g Amylum) verabfolgt werden. Die methodischen Salzwasserinfusionen sind des weiteren bei allen ausgebluteten Kranken (Uteruscarcinome, Uterusmyome insbesondere), die zur Operation kommen, in prophylaktischer Weise dringend zu empfehlen, auch ohne dass bedrohliche Erscheinungen auftreten. Bei akutesten Anämien, wie bei geplatzter Tubengravidität verstehen sie sich von selbst. Diese Grundsätze werden seit 1 1/2 Jahre im Stuttgarter Diakonissenhause befolgt und haben sich an einem Krankenmateriale von 130 peritonealen Operationen (die Herniotomien nicht mit eingerechnet) sehr gut bewährt. (Selbstbericht.)

C. Lauenstein (Hamburg). **Eine Komplikation nach der operativen Behandlung der Appendicitis retrocoecalis.**

L. hat nach Operation einer 50jährigen Frau mit taubeneigroßem retrocoecalem Tumor nach 5 resp. 20 Tagen Auftreten von Darmfisteln in Folge Nekrose der Coecalwand beobachtet, durch die sich wochenlang der gesammte Darminhalt entleerte. Außerdem trat 3 Wochen nach der Operation partielle Thrombose im Gebiet der rechten Vena cruralis ein mit embolischem Infarkt im rechten unteren Lungenlappen. Pat. genas, und die Darmfisteln sonderten nach ca. 1/4 Jahre nur noch minimal ab.

L. räth, bei derartigen Operationen möglichst den Wurmfortsatz isolirt zu entfernen und die Gefäßversorgung des Coecums nicht unnöthig zu beeinträchtigen, außerdem die Bauchwunde partiell offen zu lassen. (Selbstbericht.)

Hofmeister (Tübingen): **Über eine ungewöhnliche Erscheinungsform der Blinddarmaktinomykose.**

Bei 2 Männern im Alter von 47 und 28 Jahren hat Vortr. große Ileocoecaltumoren entfernt, beide Male mit Resektion des Ileocoecums und eines dem Tumor fest angehefteten Stückes des Colon transversum. Die Flexura hepatica wurde im 1. Falle total ausgeschaltet, im 2. mitexstirpirt. In beiden Fällen Heilung mit Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit (nach 1/2 resp. 1 Jahre kontrollirt). Die Geschwülste, welche sich unter mäßigen subjektiven Beschwerden und ohne wesentliche Störung der Darmthätigkeit im Laufe mehrerer Monate entwickelt hatten, saßen der Vorderfläche des Coecums fest auf; in ihrem Innern enthielten sie die Appendix, deren Schleimhaut intakt erschien. Konsistenz und Schnittfläche der Tumoren erinnerte an ein derbes Fibrosarkom, dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung rein entzündliche Bindegewebshyperplasie, als deren Ursache bei wiederholter genauer Untersuchung von Serienschnitten (durch die ganze Dicke der Tumoren) spärliche Aktinomycesdrusen gefunden wurden. Das Ungewöhnliche seiner Fälle sieht Vortr. in der Bildung circumscripter, mit der Umgebung relativ wenig verwachsener Tumoren (im einen Falle sogar eines verschieblichen) ohne Betheiligung der Bauchdecken im Gegensatz zu der bei der Aktinomykose sonst regelmäßig gefundenen diffusen, schwer abgrenzbaren Infiltration; ein seltenes Vorkommnis, das jedoch für die Diagnostik der Ileocoecaltumoren nicht ohne praktische Bedeutung sein dürfte. (Selbstbericht.)

Die Bruchanlagen und -Erkrankungen in ihrer Bedeutung für die Militärdiensttauglichkeit und den Entscheid für die Versorgungs- bezw. Entschädigungsansprüche.

Referent Graser (Erlangen): Die Mehrzahl der Leistenbrüche bei Erwachsenen entsteht in Folge einer ganz allmählichen Ausstülpung des Bauchfells und durch längere Zeit fortwirkende Schädlichkeiten, zumal schwere körperliche Arbeit im Stehen mit oftmaliger hochgradiger Anspannung der Bauchmuskulatur. Eine plötzliche gewaltsame Entstehung eines Leistenbruches in allen seinen Bestandtheilen ist theoretisch unwahrscheinlich, durch die praktische Erfahrung nicht er-

wiesen. Wohl aber muss die plötzliche Vergrößerung eines in der Entwicklung begriffenen Bruches als sehr wohl möglich angesehen und unter besonderen Umständen als Unfall im Sinne des Gesetzes entschädigt werden. Die Diagnose eines Unfallbruches kann in den meisten Fällen nur mit einem gewissen Grade von Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Die Möglichkeit eines Unfalls wird nahe gerückt, wenn es sich um kleine, bis hühnereigroße Brüche handelt, wenn der Bruch nicht sofort selbst zurückgeht, sondern reponirt werden muss, wenn er erst bei Pressen oder Husten wieder austritt, wenn ein enger Leistenring und Leistenkanal vorliegt, wenn der Bruch einseitig auftritt. Ein ausgetretener Bruch muss immer als ein die Arbeitsfähigkeit schädigendes Gebrechen angesehen werden.

Die Beurtheilung der traumatischen Entstehung eines Bruches wird erschwert bei dem Vorliegen von disponirenden Verhältnissen (Bruchanlagen). Als solche haben zu gelten: Offenbleiben des Processus vaginalis, allgemeine Körperschwäche, abnorme Länge und größere Schlaffheit des Mesenteriums, schwächende Krankheiten, höheres Alter, rasche Abmagerung; beim Musterungsgeschäft kommen besonders in Betracht die abnorme Weite des äußeren Leistenrings und die sog. »weichen Leisten«. (Nach einem Bericht von Fruth, München.)

Korreferent Schönwerth (München) erörtert die Bedeutung einzelner, für die Ätiologie der Hernien in Betracht kommender Momente vom rein statistischen Standpunkte aus. Als Grundlage dieser Untersuchungen diente das reichhaltige, in den militärischen Attesten niedergelegte Material, in welchem über 8243 mit Bruchanlagen eingestellte Mannschaften berichtet wird. Diesen gegenüber stehen 119 252 Mann, deren Bruchpforten sich normal verhielten. Es sei bemerkt, dass ausnahmslos Leistenbrüche zur Beobachtung gelangten, sog. »weiche Leisten« nur so selten, dass sie füglich übergangen werden können.

S.'s Berechnungen bestätigen zunächst den bekannten Zusammenhang von Bruchanlage und Brucherkrankung. Die erstere führte in 4,83% zur Bildung von Hernien, während von den ohne Anlage Eingestellten nur 0,39% erkrankten. Auch zeitlich gelangte diese Thatsache zum Ausdrucke; von den auf Grund von Bruchanlagen entstandenen Hernien entwickelten sich im 1. Diensthalbjahre 61,71%, im 2. Dienstjahre 18,25%. Von 439 Hernien, die in keinem Zusammenhange mit Bruchanlagen standen, wurden 40,78% im 1. Halbjahre, 36,45% im 2. Dienstjahre konstatirt. — In der vorliegenden Statistik war leider fast ausschließlich das Verhalten des äußeren Leistenrings berücksichtigt, obwohl bei der Entstehung der Brüche die Beschaffenheit des Leistenkanals, so wie des inneren Leistenrings von bedeutend größerem Einflusse sind. Dieser Umstand lässt obige Schlussfolgerungen nicht ganz einwandsfrei erscheinen, wenn auch anzunehmen ist, dass in den meisten Fällen neben einem weiteren, äußeren Leistenringe auch eine Erweiterung des Leistenkanals und des inneren Leistenrings sich findet

Der Einfluss schwerer körperlicher Arbeit lässt sich zahlenmäßig beweisen die am meisten angestrengten Waffen liefern auch das größte Kontingent zu den Brucherkrankungen (so Fußartillerie, Pioniere); am meisten Hernien finden sich da, wo schwere körperliche Arbeit und Bruchanlage zusammentreffen. Interessant ist die Beobachtung, dass die im Vergleiche zur Fußartillerie leichter arbeitenden Jäger die wenigsten Hernien aufweisen, obwohl bei ihnen nicht weniger Bruchanlagen eingestellt sind, als bei Fußartillerie, einer Waffe, welche die meisten Brucherkrankungen liefert.

Dieser Befund weist einestheils darauf hin, dass Bruchanlagen ohne den unterstützenden Einfluss schwerer Arbeit vielfach nicht von Hernien gefolgt sein müssen; andererseits scheint daraus der ganz specielle Einfluss des Hebens schwerer Lasten hervorzugehen, eine Arbeit, die nirgends in so ausgedehntem Maßstabe wie bei Fußartillerie verlangt wird.

Dass Hernien durchaus nicht immer an der durch eine bestehende Bruchanlage hierzu disponirten Seite zum Vorschein kommen, beweisen folgende Angaben: Von 4988 mit rechtsseitiger Bruchanlage Behafteten erkrankten 101 Mann rechtsseitig, 20 linksseitig. Von 3129 mit linksseitiger Bruchanlage Behafteten erkrankten

60 Mann rechtsseitig, 14 linksseitig. In der überwiegenden Mehrheit entwickelt sich also die Hernie auf Grund einer schon bestehenden Anlage. In einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen dagegen sucht sich dieselbe ihren Weg auf der einer Bruchanlage entgegengesetzten Seite. Zur Erklärung dieses auffallenden Umstandes möchte S. nochmals anführen, dass für die Entstehung von Hernien das Verhalten des Leistenkanals, der innere Leistenring von größerer Bedeutung sind als ein weiter äußerer Leistenring, die Statistik berücksichtigt allein diesen letzteren. Weite äußere Leistenringe werden in Verbindung mit einem engen Leistenkanale viel weniger zu Hernien disponiren, als jene Fälle, bei denen neben einem engen äußeren Leistenringe ein weiter Leistenkanal, resp. ein weiter innerer Leistenring sich vorfindet. Die Bedeutung des äußeren Leistenrings wird viel zu sehr in den Vordergrund gestellt.

Von den ohne Bruchanlage Eingestellten wurden die meisten Erkrankungen bei Kavalleristen beobachtet, ein Umstand, der ohne Zweifel mit den häufigen Voltigirübungen, dem Spreizen der Beine zusammenhängt. In 86 Fällen wurde Reiten oder Voltigiren, in 134 Fällen das Heben schwerer Lasten als Ursache angegeben.

Was das Vorkommen von rein traumatischen Hernien anlangt, so müssen solche, unserer Statistik zufolge, äußerst selten vorkommen. Die hierfür als charakteristisch angegebenen Veränderungen (Sugillationen) konnten unter 828 Fällen nicht ein einziges Mal konstatirt werden, obwohl regelmäßig ein Trauma als Ursache angegeben wurde. Wenn wir also nicht annehmen, dass traumatische Hernien auch ohne äußerlich sichtbare Hernien entstehen können, so werden dieselben nur ausnahmsweise oder überhaupt gar nicht zur Beobachtung gelangen.

(Selbstbericht.)

Kelling (Dresden): **Beitrag zur Gastrostomie und Jejunostomie.**

A. Redner empfiehlt in Fällen, bei welchen der Magen resp. Darm stark kontrahirt ist, denselben erst durch Aufblasen mit Luft zu entfalten und dann die Witzelfistel anzulegen. Ein Netzzipfel wird als Schutzdecke darauf genäht und der Magen resp. Darm nur mit 4 Nähten um den Drain herum an die Bauchdecke befestigt. Die Schrägkanäle werden im Lauf der Zeit gerade durch die Drucksteigerungen des Mageninhalts beim Anwenden der Bauchpresse. Um dies zu vermeiden, wird empfohlen, statt der gewöhnlichen Drains einfache Ventilkanülen zu verwenden.

B. Resorbirbarer Darmknopf. Dieser Knopf besteht aus leicht resorbirbarem Material und ist so konstruirt, dass er vor der Einwirkung der Verdauungssäfte gänzlich geschützt ist, so lange die zwischen den Knopfhälften gequetschte Darmwand nicht nekrotisch geworden und der Knopf abgefallen ist.

(Selbstbericht.)

Riedinger (Würzburg): **Zur Darmchirurgie.**

Der Vortr. spricht über die Störungen, die in Folge von Incarceration am Darm auftreten. In vielen Fällen wird der Darm bereits bei der Operation als gangränös befunden; in anderen perforirt derselbe nach der Reposition in die Bauchhöhle, und zwar manchmal verhältnismäßig spät, nach 8 und mehr Tagen. Es ist nicht leicht zu bestimmen, ob sich der länger eingeklemmte Darm wieder vollkommen erholen kann oder nicht. Das Schicksal der Pat., bei denen die Perforation in die freie Bauchhöhle erfolgt, ist in der Regel rasch besiegelt. Der diffusen Peritonitis gegenüber sind wir ziemlich machtlos, doch kann sich der Vorgang auch günstiger gestalten. Es bildet sich eine mehr oder weniger circumscripte Peritonitis. Einen solchen Fall hat der Redner operirt. Die Öffnung im Darm lag aber nicht an der äußeren Wunde, sondern in einer Dünndarmschlinge, welche in einen großen Abscess im kleinen Becken mündete. Nach Resektion des mit seiner Umgebung allseitig intim verwachsenen Darmes in größerer Ausdehnung und nach Reinigung der Abscesshöhle durch Austupfen mit Jodoformgaze wurde dieselbe ausgiebig drainirt. Es erfolgte glatte Heilung.

Nach einigen Bemerkungen über die Behandlung der eitrigen Peritonitis demonstrirte der Vortr. eine Modifikation der cirkulären Darmnaht. Zuerst wird eine

oder auch mehrere Knopfnähte am mesenterialen Umfang des Darmes von innen aus gelegt. Man durchsticht alle Lagen, und zwar nicht zu nahe am Wundrand, damit die Berührungsfläche der Serosa ausgiebig genug wird. Dann macht man gegenüber dieser Stelle am zu- und abführenden Darmstück eine Längsincision. Hierauf werden die dadurch entstehenden beiden oberen Zipfel nach oben geschlagen und am äußersten Punkt mit einer Sutur versehen. Nun näht man bis zur Mitte weiter. Eben so verfährt man an den beiden unteren Zipfeln und näht nach oben bis zur Mitte. Die Längswunde, die nun restirt, wird nach dem Lembert'schen Princip genäht. Da, wo die Wunden im rechten Winkel auf einander stoßen, muss besonders exakt genäht werden. Diese Modifikation ist leicht und rasch auszuführen und schützt auch die Schleimhautwunde. Sind die Darmlumina nicht gleich, so kann aus dem weiten mit der Längsincision eine Keilexcision verbunden werden. (Selbstbericht.)

Tonta (Mailand) berichtet über einen Fall, in dem er bei einem an Lungen- und Darmtuberkulose verstorbenen älteren Individuum eine ganze Anzahl **echter Darmdivertikel** bis zur Größe eines Fingergliedes im unteren Verlauf des Colon transversum gefunden hat. Ein Zusammenhang zwischen Divertikeln und tuberkulösen Darmgeschwüren bestand nicht. **F. Krumm** (Karlsruhe).

Frhr. v. Eiselsberg (Königsberg i/Pr.): **Über Radikaloperation des Volvulus und der Invagination durch die Resektion.**

Nach Detorsion des Volvulus kann es wieder zum Recidiv kommen (U. Braun, Roux u. A.). Auch die Anamnese spricht dafür.

In der Königsberger chirurgischen Klinik wurden in den letzten 3 Jahren 6 Fälle von Volvulus der Flex. sigmoidea, 9 Fälle von Invagination operirt. Bloß die Fälle von Volvulus sollen kurz besprochen werden.

4mal war keine Ernährungsstörung des Darms vorhanden, er wurde detorquirt, alle 4 Pat. verließen die Klinik geheilt. 2mal war die Flexur gangränös (1mal wurde übernäht, 1mal resecirt), beide Male erfolgte Exitus.

Das weitere Schicksal der Pat. der 1. Gruppe konnte 3mal eruirt werden:

1) Einmal traten im Laufe des der Operation folgenden Jahres häufige Koliken ein.

2) Ein Pat. starb außerhalb der Klinik ein Jahr nach der Detorsion an Ileus.

3) Bei einem Pat. trat nach Jahresfrist ein Recidiv des Volvulus auf; es wurde die Totalresektion vorgenommen (das Präparat wird demonstrirt), Pat. ist geheilt.

Daraus folgt, dass der Detorsion die Radikaloperation folgen soll. Als solche kommt in Betracht: a. die Kolopexie, b. Resektion.

Die erstere, entschieden einfachere Operation ist bei stark geblähtem Darm kontraindicirt; auch ist es nicht sicher, ob sie, wenn gleichzeitig starke Annäherung der beiden Fragmente der Flexur besteht, vor Recidiv hütet.

Dass die Gefahr der Resektion oder radikalen Operation des Volvulus nicht zu hoch anzuschlagen ist, beweisen die günstigen Resultate von Resektion wegen Invagination. Unter meinen 9 Fällen von Invagination, welche alle mittels Totalresektion behandelt worden waren, starben nur 2, und zwar, weil das eine Mal ich das andere Mal der Pat. sich zu spät zur Operation entschlossen hatte.

Nur 1mal gelang die Desinvagination, es wurde jedoch trotzdem sofort resecirt, da die Anamnese ergeben hatte, dass bei dem Pat. analoge Kolikanfälle schon wiederholt aufgetreten waren. (Auch dieses, so wie mehrere Invaginationspräparate werden demonstrirt.)

Desinvagination bei Invagination und Detorsion bei Volvulus sind daher das beste und rascheste Mittel zur momentanen Beseitigung der Gefahr, sichern jedoch nicht vor dem Recidiv.

Letzteres wird am besten durch eine sofort oder in einer 2. Sitzung vorgenommene Resektion verhindert. (Selbstbericht.)

(Fortsetzung folgt.)

Kleinere Mittheilungen.

15) **Lejeune.** Über eine enorme variköse Geschwulst der linken Bauchwand.

(Virchow's Archiv Bd. CLV. p. 396.)

L. beschreibt eine große Geschwulst, die vom Nabel an über die linke Bauchseite hin sich bis zur Wirbelsäule erstreckte und ein enormes Konolut variköser Venen darstellte, bei einem 57 Jahre alten Manne. Die Geschwulst soll langsam gewachsen und angeblich aus einem kleinen Naevus entstanden sein, und machte erst in den letzten Jahren einige Beschwerden, hauptsächlich durch Reibung seitens der Kleidungsstücke. Ein chirurgischer Eingriff war bei der Größe der Geschwulst aussichtslos. **F. Pels Leusden** (Berlin).

16) **Pernitza.** Perforirender Bauchschuss. — Laparotomie. — Heilung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 36.)

Bei einem 9jährigen Knaben wurde die Laparotomie erst 22 Stunden nach dem mit einem 9 mm-kalibrigen Flaubertgewehr auf 80 Schritte gesetzten Bauchschuss vorgenommen, trotz Einlieferung ins Krankenhaus (St. Josef-Kinderspital) bereits 5 Stunden nach der Verletzung. Dessen ungeachtet Heilung, nachdem durch Naht 3 perforirte Dünndarmschlingen und ein 1,5 cm langer Riss im Gekröse geschlossen waren. **Hübener** (Dresden).

17) **A. E. Neumann.** Zur Frage der operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 26.)

Auf Grund des Vorschlags von Talma, in Fällen von Cirkulationsbehinderung in der Leber auf operativem Wege dem Blute der Vena portae Seitenwege zu eröffnen, und auf Grund der Thierexperimente Tillmanns' hat N. in einem Falle, in dem es sich aller Wahrscheinlichkeit um Lebercirrhose (bei einer 45jährigen Restaurateursgattin) handelte, die Laparotomie in der Weise vorgenommen, dass er in der Mittellinie oberhalb des Nabels bis dicht an denselben heran das Bauchfell in 4 cm Länge eröffnete, die Ascitesflüssigkeit entleerte, eine halbscharfe Curette in die Bauchhöhle einführte und die seitlich neben der Incisionswunde gelegenen Partien des parietalen Bauchfells des Endothelüberzugs durch leichtes Schaben beraubte. Alsdann wurde das große Netz gefasst und sowohl rechts als links, so weit die Abkratzung seitlich reicht, an die Bauchwand befestigt, außerdem bei Schluss der Bauchfellslängswunde das Netz mitgefasst.

Es trat Heilung per primam ein. Nach einem halben Jahre fühlte sich Pat. wohl, war ohne Ascites. Es bestanden deutliche Venennetze um den Nabel; die Leber war hart geblieben.

Eine exakte Erklärung des eventuellen Heilerfolges bei Cirrhose vermag N. nicht zu geben.

Es dürften danach weitere Versuche in derselben Richtung erfolgversprechend sein. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

18) **C. Fiessinger.** Les troubles cérebraux dans l'appendicite.

(Med. moderne 1899. No. 54.)

Der Fall betrifft einen 25jährigen Mann, welcher mit den typischen Erscheinungen einer Epityphlitis erkrankte. Am 6. Tage fällt die bis dahin zwischen 39,1—40,7 schwankende Temperatur auf 38,1. Gleichzeitig treten Delirien auf, ataktische Bewegungen der unteren Extremitäten, allmählich völlige Bewusstlosigkeit, unwillkürliche Urinentleerung; dazu gesellt sich Starrheit des Blickes, leichte

Erweiterung der rechten Pupille mit träger Reaktion auf Lichteinfall. So dauert der Zustand $2^1/_2$ Tage, dann kehrt das Bewusstsein plötzlich wieder zugleich mit einer Verschlimmerung des lokalen Leidens: Der Kranke klagt über heftige Schmerzen in der Ileocoecalgegend, der Leib treibt sich auf, die anfänglich auf die rechte Fossa iliaca beschränkte Resistenz breitet sich weiter über die Mittellinie nach links aus, die Temperatur steigt bis auf 39,6, der Puls auf 112.

Am 11. Krankheitstage erfolgen auf Glycerinklysma mehrere reichliche Stühle mit sofortigem Nachlass der Schmerzen und Abfall der Temperatur. Gleichzeitig treten die nervösen Störungen wieder auf, diesmal in Form einer Psychose: Pat. bildet sich ein, den Mund nicht öffnen, die Zunge nicht herausstrecken, nicht kauen und schlucken zu können. Er antwortet auf Fragen erst nach mehrfacher, energischer Aufforderung, dann einsilbig und mit leiser Stimme. Er ist unruhig, wirft seine Decken von sich und giebt seinem Bruder, der ihn beruhigen will, eine Ohrfeige. Darauf folgt ein Zustand der geistigen Depression und Weinerlichkeit. So geht es 7 Tage lang, während der lokale Befund dauernd besser wird, und die Temperatur zur Norm zurückkehrt. Dann erwacht Pat. plötzlich, hat Appetit, verlangt aufzustehen und hat die Erinnerung an seine Anfälle, aber auch an den Beginn seiner Erkrankung völlig verloren; er bildet sich ein, mehrere Monate krank gewesen zu sein. — Von jetzt an ungestörte Rekonvalescenz.

F. weist den Gedanken an eine komplicirende Meningitis zurück, wegen des mit Eintritt der geistigen Störungen zusammentreffenden Temperaturabfalles. Zur Erklärung des eigenthümlichen Krankheitsbildes stellt er die Hypothese auf, dass die Krankheitserreger zwei verschiedene Toxine bilden, eines, welches das Fieber erzeugt, ein anderes, welches das Nervensystem reizt. Ersteres begünstige die Oxydation und Löslichkeit des letzteren, welches seine Wirkung erst bei Verschwinden des fiebererregenden Toxins aus dem Blute entfalten könne: daher das Zusammentreffen der nervösen Störungen mit dem Temperaturabfalle.

F., ein entschiedener Anhänger der exspektativen Therapie bei der Epityphlitis, wendet sich aufs schärfste gegen den Ausspruch Dieulafoy's, dass eine medikamentöse Behandlung der Epityphlitis nicht existire.

R. v. Hippel (Dresden).

19) **Rosenheim.** Über stenosirende Pylorushypertrophie bei einem Kinde.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 32.)

Es handelte sich um einen 6jährigen Knaben, welcher vor einem Jahre einige Wochen nach überstandenen Masern unter allabendlichem Erbrechen erkrankte. Im Laufe der nächsten Wochen konnte bei dem sonst frischen und muntern Knaben, der nie über Magenbeschwerden klagte, Abmagerung konstatirt werden, welche erschreckend zunahm. Die Untersuchung ergab neben den Zeichen einer Dilatation starke motorische Insufficienz des Magens. Regelmäßige Magenausspülungen, geregelte Diät und Bettruhe verschafften wohl einige Erleichterung, doch nahm die Dilatation des Magens entschieden zu. Auf Anrathen R.'s wurde der Knabe von Sonnenburg operirt (Pyloroplastik). Bei der Operation zeigte sich der Pylorus nur für eine 5 mm-Sonde passirbar. Seine Muskulatur war ungemein hypertrophisch, die Schleimhaut stark verdickt und wulstig, nirgends konnten Narben oder Geschwüre wahrgenommen werden. Die von R. vor der Operation gestellte Diagnose »angeborene Pylorusstenose« war bestätigt.

Die durch den operativen Eingriff erzielte wesentliche Besserung im Befinden des Knaben war aber nur eine vorübergehende, indem er einige Wochen darauf wieder die vor der Operation beobachteten Zustände und Beschwerden zeigte. Er wurde von Hahn neuerlich operirt und bei der Eröffnung der Bauchhöhle konstatirt, dass wegen vorhandener Verwachsungen eine Freimachung und Besichtigung der Pyloruspartie des Magens nicht ausführbar war; es wurde daher die Gastroenterostomie gemacht. Seither hat sich Pat. außerordentlich erholt und ist beschwerdefrei geblieben. **Gold** (Bielitz).

20) **W. Petersen.** Über die chirurgische Behandlung gutartiger Magenkrankheiten. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg. Geh.-Rath Prof. Dr. Czerny.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 24 u. 25.)

In der Heidelberger Universitätsklinik wurden bisher 76 Operationen bei gutartigen Magenkrankheiten ausgeführt.

Wegen Pylorusstenose wurden operirt 40 Fälle (dabei 2mal starke Tetanie), wegen Gastralgien 5 Fälle, wegen Blutungen 2, bezw. 6 Fälle.

Nächst dem Magengeschwür kam die Cholelithiasis besonders ätiologisch in Betracht, ferner auch Verätzungen des Pylorus, je 1mal eine tuberkulöse Pylorusstriktur und atonische Magenektasie ohne nachweisbare Pylorusstenose.

Dazu kommen noch 4 diagnostisch unklare Fälle und 7 Korrekturoperationen.

Sehr mannigfach war die Zahl der angewandten Operationsmethoden; es überwog bei Weitem die Gastroenterostomie (45 Fälle); die Excision des Geschwürs wurde 5mal, die cirkuläre Pylorusresektion 4mal vorgenommen.

Von den 76 Operationen verliefen 8 tödlich, davon 5 in Folge von Pneumonie, 2 an Nachblutungen.

In den letzten Jahren wurden mit zunehmender Erfahrung in der Technik und der Auswahl der Fälle die Erfolge immer besser; besonders günstig wirkte die Einführung des Murphyknopfes.

Die Beobachtungsdauer betrug nur bei 10 Pat. weniger als ein Jahr, bei den meisten über 2 Jahre.

Bei der Pylorusstenose waren die Erfolge der früher geübten cirkulären Pylorusresektion, so wie der Excision des stenosirenden Geschwürs nicht gerade glänzend. Bessere Resultate schon wies die Pyloroplastik auf, noch bessere die zumeist geübte Gastroenterostomie.

2mal erfolgte nach dieser Operation der Tod an Carcinom, 1mal an einer Geschwürsblutung. In 3 Fällen verschwanden die Beschwerden nicht vollständig, in allen anderen trat vollständiges Wohlbefinden ein.

In 2 Fällen wurde das zufriedenstellende Resultat allerdings erst durch eine sekundäre Gastroenteroplastik erreicht.

Bei Gastralgien (7 Fälle) hatten 4 Gastroenterostomien einen vollen dauernden Erfolg, eine Pyloroplastik nur auf $^3/_4$ Jahr.

Bei 4 Stenosenoperationen, in denen vor der Operation Blutung bestanden, blieb letztere nach der Operation völlig aus.

In den 3 Fällen, in denen die Blutung die Hauptindikation zum Eingriffe abgab, war der Erfolg 2mal vorzüglich. Die bloße Gastroenterostomie genügte in einem Falle, die Blutung zu stillen.

Nach der Gastroenterostomie geht die Dilatation des Magens zurück, die motorische Funktion wird normal, die Salzsäure nimmt ab, jedoch ohne klinische Erscheinungen.

Bis 1895 waren von 28 operirten Pat. gestorben 7, ungeheilt 4, gebessert 3, geheilt 14. In der Zeit nach 1895 starb von 32 Operirten 1, ungeheilt waren 2, gebessert 3, geheilt 26.

Auch hat in den letzten Jahren die Zahl der Fälle, welche wegen gutartiger Magenerkrankungen zur Operation kamen, allmählich bedeutend zugenommen.

Zum Schlusse fasst P. die wichtigsten Anzeigen zu chirurgischen Eingriffen bei gutartigen Magenerkrankungen folgendermaßen zusammen.

I. Absolute Indikation:

Pylorusstenose mit mechanischer Insufficienz schwereren Grades (dauerndes Sinken der Urinmenge und des Körpergewichts).

II. Relative Indikationen (nach Erschöpfung der internen Therapie):

1) Atonische mechanische Insufficienz schwereren Grades.

2) Bedrohliche Blutungen.

3) Schwere Gastralgien und unstillbares Erbrechen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

21) Unruh. Über Anastomosis (Fistula) gastro-colica.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 16.)

U. theilt 2 Fälle ausführlich mit, in denen während des Lebens die Diagnose des Leidens gestellt, und deren einer operativ behandelt und durch die Operation geheilt wurde. In dem einen Falle lag wahrscheinlich Magengeschwür, nicht Krebs, im anderen sicher Geschwür vor.

Die Operation, welche Garrè vornahm (24jähriges Dienstmädchen), und die in Folge von Verwachsungen und wegen des Sitzes der Kommunikation an der Hinterseite des Magens recht schwierig war, konnte nur darin bestehen, dass das Colon zu beiden Seiten der abnormen Kommunikation durchtrennt und die beiden der Anastomose zugekehrten Öffnungen einzeln verschlossen wurden, wodurch auch zugleich der Mageninhalt von der Kommunikation mit dem Darm abgeschlossen war. Da eine Vereinigung der durchtrennten Colonenden in Folge von Verwachsungen und Schrumpfungen nicht möglich war, stellte G. die Vereinigung durch eine Enteroanastomose zwischen Colon transversum und Colon descendens möglichst nahe unterhalb der vernähten Lichtungen her. Der Heilungsverlauf war ein durchaus regelmäßiger. $^3/_4$ Jahr nach der interessanten Operation hatte Pat. 15 Pfund an Gewicht zugenommen.

U. betont, dass in seinen beiden Fällen Kothbrechen vorhanden war, dagegen Entleerung unverdauter Nahrung durch den Mastdarm nicht beobachtet wurde.

Er hält die schwierige Operation für unbedingt indicirt bei Kommunikation in Folge Magengeschwürs und ev. Tuberkulose, für unangebracht bei Carcinom.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

22) J. H. Nicoll. On the removal of a naevoid tumor of the intestine.

(Brit. med. journ. 1899. April 8.)

N. beschreibt einen durch Operation geheilten Fall von doppelter Intussusception des Dünndarms bei einem 23jährigen Mädchen, bei dem sich die Reduktion unmöglich erwies in Folge einer am proximalen Ende (wie der Kork in einem Flaschenhals) in der innersten Scheide eingeklemmten, taubeneigroßen Geschwulst. Die Resektion der 16 Zoll langen Intussusception und die Darmnaht führten zur Heilung. Im Ganzen wurden über 5 Fuß Darm resecirt. Die Geschwulst, deren eine Seite mit Bauchfell bedeckt war, deren andere von zottiger Schleimhaut eingenommen wurde, bestand aus einem weitmaschigen Gewebe, das aus vielen dünnwandigen, mit coagulirtem Blut gefüllten Hohlräumen zusammengesetzt war. In ihr eingelagert waren 2 kleine Phlebolithen. **F. Krumm** (Karlsruhe).

23) Rontiér. De l'occlusion intestinale aigue.

(Presse méd. 1898. No. 26.)

Verf. theilt 4 sehr interessante Fälle mit, wo der akute Darmverschluss bedingt war durch Beckeneiterungen bei Frauen. Ist die Diagnose auf Eiterungen im kleinen Becken gestellt, so kommt man mit einer Eröffnung des Cavum Douglasii ev. aus. Bei den außerordentlich großen Schwierigkeiten aber, welche sich häufig einer exakten Diagnose entgegenstellen, ist es nach des Verf.s Ansicht stets gewiesen, in solchen Fällen die Laparotomie zu machen. In einem Falle, wo Verf. mehrere Jahre vorher einen großen Beckenabscess durch eine retrouterine Incision geheilt hatte, war ein Recidiv aufgetreten. Bei der nachher vorgenommenen Laparotomie mussten beide, in große Eitersäcke verwandelte Adnexe entfernt werden; der Uterus konnte geschont werden; darauf dauernde Heilung. Seine Ansicht wird auch durch einen 5. Fall illustrirt, wo er einen Kunstafter wegen Verschluss im S romanum anlegen musste, und wo die Ursache des Verschlusses ein Carcinom war, das 3 Jahre später durch die Sektion, 12 cm unterhalb des künstlichen Afters gelegen, festgestellt wurde. **Tschmarke** (Magdeburg).

24) **C. Beck.** A case of transposed viscera with cholelithiasis, relicord by a leftsided cholecystotomy.

(Annals of surgery 1899. Mai.)

Bei einer an Magenbeschwerden leidenden Pat. wurde eine über der linken Spina anterior superior fühlbare Geschwulst für die linke Wanderniere gehalten. Nephropexie. Keine Besserung. Bei Probeincision auf die Geschwulst fand sich die mit Steinen gefüllte Gallenblase. Cholecystostomie. Heilung.

W. Hirt (Breslau).

25) **E. Jacquéspée.** Hémorrhagie abdominale d'origine intrahépatique.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1899. Mai.)

Beobachtung [einer in 2 Attacken auftretenden tödlichen, spontanen Blutung aus einem syphilitisch veränderten Ast der Arteria hepatica.

Borchard (Posen).

26) **S. J. Goljachoswki.** Leberwunden.

(Wratsch 1899. No. 33. [Russisch.])

G. fand in der Litteratur 55 Fälle operativ behandelter Leberwunden, denen er 3 Fälle aus der Charkower Klinik (Prof. Podres) anreiht. 1) 30jähriger Mann, Messerwunde rechts zwischen Axillar- und Mammillarlinie, zwischen 8. und 9. Rippe, $2^1/_2$ cm lang. Der Finger fühlt eine Wunde an der Leber, Anämie, Chok, Schmerzen in der rechten Schulter. Resektion der 9. Rippe, Schnitt durch Pleura und Zwerchfell, 6 Seidennähte auf die Leberwunde, ein Tampon in die Pleura, ein zweiter zur Leber. Hautwunde genäht. Nach 7 Wochen geheilt. 2) 46jähriger Mann schoss sich zufällig mit einem Revolver in den Unterleib. Einschuss zwischen Parasternal- und Mammillarlinie links, am Rand der falschen Rippen. Chok, starke innere Blutung. Laparotomie, im Bauch sehr viel Blut. Im Magen 2 Löcher, eben so in der Leber; alle 4 Wunden werden mit Seide genäht. 2 Tampons. Tod nach 2 Stunden. — 3) Die Frau brachte sich im Rausch eine Messerwunde bei, $2^1/_2$ cm unter dem Schwertfortsatz in der Mittellinie. Laparotomie; linker Leberlappen vergrößert, an demselben eine 4 cm lange, 3 cm tiefe Wunde. Naht mit Seide. Reinigung der Bauchhöhle, subkutane Injektion von 800 ccm NaCl-Lösung. Tod nach 3 Tagen an Peritonitis (Infektion mit dem schmutzigen Messer). Sektion: die Wunde geht durch die ganze Dicke des Leberlappens. — Schlussfolgerungen: Die Leberwunden sind nicht so gefährlich, wie man früher annahm; genaue Zeichen zum Erkennen sind nicht immer vorhanden; die Laparotomie ist immer angezeigt bei innerer Blutung und Verdacht auf Verwundung anderer Organe; bei Verwundung der hinteren oberen Theile der Leber operirt man transpleural, wenn Pat. nicht zu schwach ist; die beste Methode der Blutstillung ist bei reinen, nicht gequetschten Wunden die Naht, sonst ist die Tamponade vorzuziehen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

27) **A. Lipstein.** Kasuistische Beiträge zur Leberchirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 152.)

L. veröffentlicht 8 einschlägige Beobachtungen der Heidelberger Klinik. Die ersten 4 Fälle betreffen Leberabscesse, sämmtlich tödlich geendigt; und zwar war Fall 1 ein tropischer Abscess, in Batavia erworben; der Tod erfolgte wesentlich durch die gleichzeitig vorhandene schwere Dysenterie. In Fall 2 führte die Incision in eine Abscesshöhle der mit der Bauchwand günstigerweise fest verlötheten Leber; der entleerte Eiter war von tuberkulösem Aussehen, doch waren Tuberkelbacillen nicht nachweisbar. Pat. wurde sehr gebessert mit Fistel entlassen, starb aber zu Hause nach fortdauerndem Gallenfluss unter septischen Fiebererscheinungen. Fall 3 und 4 waren durch septisch-thrombotische Pyelophlebitis entstanden. Bei den Abscesseröffnungen kam es hier wegen fehlender Verwachsungen zu eitriger Bauchfellverunreinigung mit nachfolgender Peritonitis. — Es folgen 3 Fälle von Geschwülsten und ein Echinokokkenfall. Ein von B. G. Schmidt mit Glück operirtes Gumma ist bereits früher publicirt (s. d. Blatt 1893 p. 879). In Fall 6

gelang zwar mit Überwindung großer Schwierigkeiten die Exstirpation einer kindskopfgroßen Geschwulst der Leberpforte, doch erfolgte tödliche Peritonitis, und zeigte die Sektion, dass die Geschwulst nur die Metastase eines Uterusmyosarkoms gewesen war, das auch sonst schon zahlreiche Sekundärgeschwülste erzeugt hatte. In dem letzten, dem Echinococcusfalle, war, nachdem die versteckt auf der Leberkonvexität sitzende Cyste bloßgelegt, dieselbe zunächst mit Dieulafoy punktirt. Ihre nach einigen Tagen beabsichtigte Eröffnung misslang aber, da die Lichtung der stark geschrumpften Cyste nicht aufzufinden war. Glatte Wundheilung und Rekonvalescenz mit Herstellung der Arbeitsfähigkeit. Doch zeigte Pat. $^3/_4$ Jahr nach der Operation Anwachsen des linken Leberlappens, so dass wieder Verdacht auf Echinococcussack besteht. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

28) J. Nicolaysen. Tumor cysticus ductus hepatici et choledochi dilatati.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. X. No. 16.)

Verf. beschreibt einen eigenthümlichen, sehr seltenen Fall von Cystenbildung des Leber- und Gallengangs bei einem 8jährigen Mädchen. Vor einem Jahre wurde Pat. von einer 3monatlichen Gelbsucht befallen, gewann aber danach die Gesundheit dermaßen wieder, dass sie bis 3 Tage vor der Aufnahme in die Schule gehen konnte. Geringe Spannung in der oberen Bauchgegend, keine Schmerzen, mäßige Gelbfärbung, Hautjucken. Eine glatte, 17 cm lange und 15 cm breite Cyste konnte getastet werden. Operation in 2 Sitzungen. Zuerst Bauchschnitt und Tamponade. Nach 6 Tagen Punktion, wobei $1^1/_2$ Liter dünne, schwarzgrünliche, durchsichtige Flüssigkeit entleert wurde. Annähen der glatten Cystenwand an die Bauchwunde. Tod am folgenden Tage, wahrscheinlich durch Chloroformintoxikation, da bei der Sektion keine andere Todesursache sich feststellen ließ. Die kleine Gallenblase kommunicirte mit dem oberen Theil der Cyste. Im oberen Theil stand diese durch eine kleine Öffnung mit dem Zwölffingerdarm in Verbindung. Es ergab sich, bei totaler Abwesenheit von Steinen und Geschwülsten, keine andere Erklärung der kolossalen Erweiterung der Gallenausführungsgänge als die einer angeborenen Cystenbildung.

In der Epikrise erwähnt Verf. ähnliche Fälle von Mayo Robson, Swain und Rostowzew.

Eine erläuternde Zinkotypie ist der Arbeit beigefügt.

A. Hansson (Cimbrishamn).

29) Keitler. Zur Kasuistik der Pankreascysten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 29.)

34jährige Pat. hat seit 8 Jahren Schmerzen in der Magengegend; seit 2 Jahren hat sich ebendaselbst eine Geschwulst entwickelt, die jetzt Kindskopfgröße erreicht hat und an der Stelle der größten Konvexität Fluktuation aufweist. Sie ist eiförmig gestaltet und entsendet nach oben hin einen ca. 2 cm langen, fast eben so breiten Zapfen. Die Geschwulst ist außerordentlich beweglich und lässt sich mit Leichtigkeit im ganzen Bauchraum verschieben; man kann sie sogar unter den linken Rippenbogen verlagern. Nach Aufblähung von Magen und Colon wird die Diagnose auf Pankreascyste, ev. Gekröscyste gestellt.

Bei der Operation (Albert) zeigt sich, dass die Cyste dem Magen in der Pylorusgegend aufliegt, ohne jedoch eine Stenose hervorzurufen, und dass sie dem Schweif des Pankreas aufsitzt. Nach verhältnismäßig leichtem Abpräpariren des Bauchfellüberzugs der Cyste wird der von cystisch entartetem Pankreasgewebe gebildete Stiel durchtrennt, der Stumpf in sich vernäht und darüber das Bauchfell vereinigt. Primärer Verschluss der Bauchwunde. Heilung. Zucker fehlte vor und nach der Operation. 8 kg Gewichtszunahme in 6 Wochen.

Hübener (Dresden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 48. **Sonnabend, den 2. December.** **1899.**

Die Alkoholnarkose.

Von

Oberstabsarzt **Matthaei** in Danzig.

Die außerordentliche Übereinstimmung zwischen den Wirkungen der 3 Betäubungsmittel Chloroform, Äther, Alkohol veranlassten mich zu Untersuchungen darüber, in wie weit ein Mittel das andere ersetzen kann. Mit Chloroform- und Ätherdämpfen betäuben wir zur Vornahme von Operationen, durch innerlichen Gebrauch von Äther und starken alkoholischen Getränken werden hochgradige Narkosen erzielt, die zu Operationen vollkommen genügen. In letzteren Fällen wird aber immer mehr von dem betäubenden Mittel angewendet, als für den Zweck nothwendig ist. Darin kann auch eine große Lebensgefahr liegen. Chloroform würde sicher auch ein beliebtes Berauschungsmittel sein, wenn es sich im Wasser hinreichend löste. Zu

Versuchen, mit Alkoholdämpfen zu betäuben, fordert die Erwägung auf, dass die Trinker mit ihrem kranken Herzen, sowohl die Biertrinker mit ihrem erweiterten und vergrößerten (Dilatation und Hypertrophie) als auch die Schnapstrinker mit ihrem entarteten und schlaffen Herzen, voraussichtlich durch das gewohnte Mittel nicht so gefährdet werden, wie durch Chloroform und Äther. Alkohol siedet bei 78° C. Desswegen ist es bei gewöhnlicher Zimmerwärme schwer, die genügende Menge Alkoholdämpfe zu gewinnen. Die zweckmäßigste Wärme des Alkohols erschien mir 50° C., im Allgemeinen zwischen 50—60° C. Höhere Temperaturen verursachten unnütze Verschwendung. Die gewöhnlichen Masken zum Aufträufeln sind unbrauchbar, weil der Spiritus durchtropft. 97%iger Spiritus verursacht aber starke Schmerzen und reizt die Schleimhaut des Mundes. Zweckmäßig erwies sich der Kappeler'sche Chloroformapparat vom Optiker Falkenstein in Konstanz. Die durch ein Gebläse von oben eingepresste Luft wirbelt den Spiritus auf und führt eine genügende Menge Alkoholgas in die Metallmaske, die zum Ausathmen ein 7 qmm großes Loch hat. Ventile sind als unzuverlässig vermieden.

Meine Versuche am Kaninchen zeigten zunächst, dass die Narkose mit Alkoholgas allein zu lange dauert (20 Minuten) und nicht sehr tief ist. Giebt man ihnen aber unmittelbar vorher ein Klystier von 3—5 g Spiritus auf 10—15 g Wasser (man muss den After mit den Fingern schließen, damit die Flüssigkeit nicht wieder herausläuft), so erfolgt dann die weitere Narkose mit Alkoholdämpfen in 2—3 Minuten. Ich konnte nun ohne Reaktion von Seiten des Thieres die Ohren und die Pfoten, so wie die Haut mit Nadeln durchstoßen. Das Klystier wirkt in 2—3 Minuten, erzeugt aber allein die Narkose nicht. Vom Magen aus wirkt dieselbe Menge langsamer und entschieden unsicherer. Das Gefäß mit Alkohol stellt man in entsprechend warmes Wasser. Es ist zweckmäßig, dass das Zimmer recht warm ist, damit nicht so viel Alkohol sich tropfenförmig in der Metallmaske niederschlägt. Fast unmittelbar nach Wegnahme der Maske wachen die Kaninchen wieder auf, bleiben allerdings noch $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde still in der Ecke sitzen.

Die Alkoholnarkose könnte nach diesen Vorgängen zuerst am besten an betrunkenen Säufern geprüft werden, die wegen Verletzungen operirt werden müssen. Sie brauchen natürlich kein Alkoholklystier mehr zu bekommen. Kinder und enthaltsame Frauen bereitet man durch ein Weinklystier vor, dessgleichen von der Jugend auf enthaltsame Männer. Ihr unter gleichen Umständen verhältnismäßig gesunderes Herz lässt eine leichte Narkose erhoffen. Nichttrunkenen wird man die vorbereitende Alkoholgabe natürlich als Klystier geben, erstens um sie nicht zum Alkoholgenuss zu verführen, und zweitens, weil sie vom Mastdarme schneller und sicherer wirkt als vom Magen aus. Bei Enthaltsamen ist die Größe der nöthigen vorbereitenden Alkoholgabe durch die Erfahrung bald zu ermitteln,

für sogenannte mäßige Trinker ist das aber schwerer. Der Begriff des mäßigen Trinkens ist eben sehr dehnbar. Bei den Kaninchen entsprach die wirksame Menge einem Verhältnis von 1,2 bis 2,0 g Alkohol auf 1 kg Körpergewicht, das würde für einen erwachsenen Menschen von 60 kg 72—120 g Alkohol = 144—240 g 50%igen Kognak = 1 Flasche mehr oder minder schweren Weins geben. In Wirklichkeit kann die erforderliche Menge wahrscheinlich geringer sein. Kinder und Frauen, die Wein trinken, könnten etwas mehr als ihre Tagesgabe auf einmal als Klystier zur Vorbereitung bekommen oder eine entsprechend dünne Spirituslösung.

Der Kappeler'sche Chloroformapparat bedarf zur Alkoholnarkose noch einiger Änderungen. Das gläserne Becken für den Spiritus muss recht breit und flach sein, damit es größere Mengen umfasst und nicht beständig aufgefüllt zu werden braucht. Die Maske muss am unteren Rande eine Vertiefung, eine Aushöhlung haben, in der sich der etwa tropfenförmig niedergeschlagene Alkohol sammelt. Er kann dann nicht in den Mund fließen. Vielleicht wird die Maske vortheilhafter statt aus Metall aus einem schlechten Wärmeleiter hergestellt. Das Becken für den Spiritus umgiebt man zweckmäßig mit einer Thermophorschicht mit oder ohne Wasserinhalt. Dann behält er auf mehrere Stunden die gewünschte Wärme. Die Öffnung zum Ausathmen kann mit einem Schieber versehen werden, damit man durch ihre Verengerung die Wirkung steigern kann. Da äußere Umstände mich hindern, die Alkoholnarkose in geeigneten Fällen am Menschen weiter zu fördern, bitte ich um ihre Prüfung in großen chirurgischen Krankenhäusern.

---

1) **W. Noetzel.** Weitere Untersuchungen über die Wege der Bakterienresorption von frischen Wunden und die Bedeutung derselben.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 1.)

Schimmelbusch hat bekanntlich nachgewiesen, dass die Bakterien, welche sich kurze Zeit nach der Infektion in den inneren Organen eines Versuchsthieres finden, unmittelbar von den durchschnittenen Blutgefäßen resorbirt worden sind. Halban dagegen hat neuerdings diese Ansicht bekämpft. Er hält nur die Resorption auf dem Lymphwege für möglich und glaubt, dass in den Lymphdrüsen die für das Thier pathogenen Bakterien zurückgehalten werden, dass dagegen die nicht pathogenen die Drüsen passiren und in den Blutkreislauf gelangen. N. hat schon wiederholt diese Anschauungen bekämpft und sucht an der Hand neuer ausführlich geschilderter Versuche und entsprechender logischer Erwägungen die Unhaltbarkeit der Halban'schen Anschauungen zu Gunsten der Schimmelbusch'schen nachzuweisen. Halban hat, wie aus seinen Protokollen hervorgeht, die Keime im Thierkörper erst nachweisen können, als sie sich darin bereits vermehrt hatten. Darum

sind seine Versuche für die Frage der primären Bakterienresorption gar nicht zu verwenden. Verf. konnte ebenfalls nur bestätigen, dass die Absetzung eines den Infektionsherd tragenden Gliedes mit Entfernung der regionären Lymphdrüsen das Thier auch bei virulentem Milzbrande rettet, so lange sich die Mikroorganismen nicht im Blute vermehren können, so lange sie also im Kampfe mit den Schutzkörpern des Thieres unterliegen. Der praktische Erfolg dieser Untersuchungen ist also der, dass die schnelle Bakterienresorption für das befallene Individuum nur bei sehr hoher Virulenz verhängnisvoll ist. Und das ist für den Menschen glücklicherweise nur ausnahmsweise der Fall. Verf. stimmt also auch mit den Untersuchungen Friedrich's überein, welcher die Wundinfektion innerhalb der ersten 6 Stunden nur als einen örtlichen Process ansieht. Für den rein praktischen Standpunkt ist demnach dieser Infektionsprocess so lange als ein rein lokaler anzusehen, als die Resistenz des Thierkörpers den bereits resorbirten Keimen gewachsen ist. Die Bakterienresorption ist mithin als eines der Schutzmittel zu betrachten, durch welche sich der Thierkörper gegen die Infektionserreger wehrt, die in eine Wunde oder Körperhöhle hineingerathen sind. Überschätzen darf man diese Schutzkraft allerdings nicht. Der Hauptkampf des thierischen Organismus gegen solche Infektionserreger ist natürlich im Wesentlichen ein am Orte der Infektion selbst sich abspielender.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **Mikulicz.** Die Desinfektion der Haut und Hände mittels Seifenspiritus. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Breslau.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 24.)

M. hat sich bemüht, ein möglichst einfaches, in der Praxis überall leicht verwendbares und doch sicheres Verfahren für die Desinfektion der Haut auszuprobiren. Er wählte hierzu den officinellen Spiritus saponatus, der in sehr glücklicher Kombination Seife, Spiritus und Wasser enthält. Versuche mit Bakterien, die in verschiedener Weise gehandhabt wurden, ergaben vorzügliche Resultate.

Nach M. erwies sich der Seifenspiritus als ein Mittel, das sich ohne Mitverwendung von Wasser zur Desinfektion der Haut und der Hände vorzüglich eignet und den bisher bekannten besten Desinfektionsmethoden als ebenbürtig an die Seite stellen lässt.

Die Entbehrlichkeit der Wasserwaschung hält M. für wichtig, in so fern der Kranke nicht völlig entkleidet zu werden braucht während der Operation, und nach Laparotomien daher weniger leicht Pneumonien vorkommen.

Es genügen ferner 5 Minuten zur Desinfektion.

Ekzeme oder andere Formen von Dermatitis sind nach dem Gebrauche von Seifenspiritus nicht beobachtet worden.

Besonders hervorzuheben ist endlich die Billigkeit des Desinfektionsverfahrens, dem bisherigen kombinirten Desinfektionsverfahren mit Alkohol gegenüber.

Die Schlüpfrigkeit der Hände nach der Desinfektion wird zum Theil beseitigt, wenn man nach vollendeter Desinfektion die Hände mit sterilem Mull abtrocknet. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

---

3) **F. C. Moore.** Scrofulous lymphadenitis.

(Journ. of pathol. and bacteriol. 1899. Mai—August.)

Arloing hatte auf Grund von Thierversuchen die Ansicht ausgesprochen, dass die skrofulöse Lymphadenitis ihre besondere Stellung anderen tuberkulösen Affektionen gegenüber einer verminderten Virulenz des Tuberkelbacillus verdanke; diese verminderte Virulenz sollte er aber nicht erst innerhalb der Drüsen gewinnen, sondern dieselbe sollte ihm bereits vor der Infektion der Drüsen zukommen, d. h. das skrofulöse Virus sollte eine besondere, abgeschwächte Form des Tuberkelbacillus darstellen. Wyssokowicz andererseits hatte die skrofulöse Erkrankung auf eine Infektion mit wenig zahlreichen Bacillen zurückzuführen versucht.

M. hat die Angaben dieser beiden Autoren an der Hand einer Reihe von Experimenten an Meerschweinchen und Kaninchen nachgeprüft und kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1) Die Virulenz des in skrofulösen Drüsen vorhandenen tuberkulösen Virus ist erheblich geringer als diejenige des letzteren im phthisischen Sputum.

2) Die Spärlichkeit der inficirenden Bacillen mag in einzelnen Fällen nicht ganz gleichgültig sein für den Erfolg der Infektion, spielt aber im Vergleich zu der Bedeutung der verminderten Virulenz eine ganz untergeordnete Rolle.

3) Durch die Passage durch den Körper für Tuberkulose empfänglicher Thiere kann die Virulenz des aus den skrofulösen Drüsen gewonnenen Bacillus erheblich gesteigert werden.

4) Da das skrofulöse Virus, unter günstige Bedingungen gesetzt, sich rapid vermehrt, so ist es möglich, dass seine relativ geringe Virulenz auf einer verminderten Fähigkeit nicht sowohl zur Vermehrung, als vielmehr zur Bildung schädlicher Substanzen beruht.

5) Diese abgeschwächte Virulenz des Tuberkelbacillus ist nun keine außerhalb des Körpers erworbene Eigenschaft desselben, beruht vielmehr auf einer gesteigerten Widerstandsfähigkeit seitens der Lymphdrüsen. In diesem Lichte erscheinen die wechselnden Formen der Lymphdrüsentuberkulose, von der einfach hyperplastischen bis zur verkästen, erweichten, nur als ein Ausdruck für den wechselnden Grad der Widerstandsfähigkeit des lymphadenoiden Gewebes gegenüber der Infektion.

Als Eingangspforten für die Drüseninfektion kommen in Betracht vor Allem der Rachen mit den Tonsillen, ferner cariöse Zähne, sel-

teuer Läsionen der Mund- und Nasen-Rachenschleimhaut, chronische Otorrhoe für die präaurikularen Drüsen, endlich sehr selten Hautverletzungen an Gesicht und Kopf. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

4) **L. Weiss.** Zur ätiologischen Behandlung der Gonorrhoe.

(New Yorker med. Monatsschrift 1899. Februar.)

Verf. verwirft die Janet'sche Spülmethode vollständig; sie sei nicht ungefährlich, sei nicht im Stande, die Gonokokken zu tödten, was nach Neisser die Hauptbedingung der Gonorrhoebehandlung ist; sie sei für Arzt und Pat. umständlich, für letztere häufig schmerzhaft und führe nicht schneller zum Ziele als andere Behandlungsweisen. Dagegen spricht W. sich für die von Neisser angegebenen protrahirten Protargolinjektionen aus. Er fasst kurz seine Ansichten dahin zusammen, dass er eine sofortige Behandlung verlangt: »je früher, je lieber!«; ferner Injektionen von Protargollösung mittels einer 10—15 ccm fassenden Stempelspritze; mikroskopische Untersuchung des Sekrets mindestens jeden 2 Tag. Die Injektionen sind so lange fortzusetzen, bis die Gonokokken verschwunden sind. Gegen den postgonorrhoischen Ausfluss verwendet er entweder weiter Protargol oder andere antiseptische Adstringentien, wie Bismuth. subnitr.

Ist die Urethra posterior ergriffen, will er eine Berieselung mit $^1/_4$—1%iger Protargollösung gelten lassen.

Verf. ist Abtheilungschef der Haut- und Urogenitalabtheilung der deutschen Poliklinik zu New York und erfreut sich als solcher reicher Erfahrungen. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

5) **A. A. Ssobolew.** Die Behandlung der Urethritis mit heißen Spülungen.

(Wojenno-medicynski Journal 1899. Juni. [Russisch.])

S. spült die Urethra zuerst mit heißem Wasser (40° R.) 5 Minuten lang, dann mit 3 Pfund einer eben so heißen Lösung von Kalium hypermanganicum 1 : 1000, 2mal täglich. In akuten Fällen ist diese Behandlung schmerzhaft, daher nicht anzuwenden. — Von 28 Fällen blieb nur 1 chronischer ungeheilt, in den übrigen dauerte die Behandlung durchschnittlich $9^1/_3$ Tag (23—3).

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

6) **Werler.** Über die ambulante Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung.

(Therapeutische Monatshefte 1899. August.)

Nach W.'s Erfahrungen können 75% aller an gonorrhoischer Nebenhodenentzündung erkrankter Pat. im Umhergehen behandelt werden, wenn man ein Langlebert'sches Suspensorium anwendet. Das Suspensorium gestattet, den in Watte und Guttapertscha-

papier sicher gelagerten Hoden nach Bedarf einer leichten Kompression zu unterwerfen. Für die Nachbehandlung entzündlicher Verdickungen wird Jodvasogen sehr empfohlen. **Willemer** (Ludwigslust).

---

7) **B. Goldberg** (Köln-Wildungen). Prostata und Gonorrhoe.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. Bd. X. Hft. 6.)

Den Beobachtungen G.'s liegen nahezu 100 Krankengeschichten von Prostatitis zu Grunde. G. hat bei vorhandener oder überstandener Gonorrhoe häufig Prostatitis vorgefunden, während er Prostatorrhoe als Symptom der Prostatitis nicht häufig gesehen hat. G. ist der Ansicht, dass schätzungsweise $^1/_3$—$^1/_2$ aller Gonorrhoen die Prostata in Mitleidenschaft zieht. Bezüglich der Diagnosestellung hält G. die Rectalpalpation und die Sekretuntersuchung für gleich wichtig. Bei dem Palpationsbefund hat man die anderweitigen Erkrankungen der Prostata — die Fibromatose, Carcinomatose, Tuberkulose und einfache Hypertrophie — auszuschließen.

Die Untersuchung des durch Expression gewonnenen Prostatasekrets ergiebt wohl stets zahlreiche Eiterkörperchen und polynukleäre Leukocyten, während der Gonokokkenbefund im Prostatasekret kein konstantes Kriterium der Prostatitisgonorrhoe abgiebt.

Auch die makroskopische Betrachtung des Prostatasekrets allein (auf einer Glasplatte) giebt G. genügend Anhaltspunkte für die pathologische Beschaffenheit desselben. Das Sekret erscheint nicht, wie normal, homogen, sondern wie eine Aufschwemmung ungleichmäßig vertheilter korpuskulärer Elemente. Dies ist wichtiger wie Konsistenz und Farbe. Dickflüssig hat G. das Sekret nur in $^1/_4$ aller seiner Fälle gefunden.

Wichtig für die Beurtheilung der Prostataerkrankung ist die Untersuchung und Beschaffenheit des unmittelbar nach der Prostataexpression gelassenen Urins. Dieser Expressionsurin wird bei Prostatitis gewöhnlich trüb-flockig-fädig gefunden. Bei Eintheilung der Erkrankungsformen der Prostatitis unterscheidet G. solche bei kranker und gesunder Harnröhre und im 1. Falle wieder Urethroprostatitis bei akuter und bei chronischer Gonorrhoe. Zur ersteren Gruppe gehört die Prostatitis parenchymatosa s. abscedens, die etwa 5% der gonorrhoischen Prostatitisfälle ausmacht, ferner die Urethraprostatitis acuta et subacuta follicularis s. interstitialis, bei der es sich bei meist ungestörtem Allgemeinbefinden um eine diffuse Entzündung und starke Vergrößerung der ganzen Drüse handelt. G. unterscheidet weiter eine Urethraprostatitis acuta et subacuta interstitialis partialis s. follicularis, eine Prostatitis endoglandularis, die den Übergang zu den chronischen Formen bildet, und eine Prostatitis interstitialis chronica. Es würde zu weit führen, auf die Verlaufseigenthümlichkeiten, die diagnostischen Merkmale des Urin- und Prostatasekrets bei den einzelnen Formen hier einzugehen. G. giebt für jede der Formen eine Krankengeschichte als Paradigma ausführlich, während die übrigen Fälle tabellarisch angeordnet folgen. Hingegen sei noch erwähnt,

dass G. auf Grund seiner Erfahrungen eine wirkliche Ausheilung der Prostatitis für eine Ausnahme hielt und bis jetzt selbst nur Heilungen der subjektiven und palpatorischen Veränderungen gesehen hat. Glücklicherweise bezieht sich die Thatsache der Unheilbarkeit der Prostatitis nur auf die Entzündung selbst, nicht auf die Heilung der Infektiosität der Prostatitis. G. kommt nach seinen Bebachtungen zu der Schlussfolgerung, dass die Gonokokken nach einiger Zeit in der Prostata zu Grunde gehen, und dass auch die Fälle von »Autoreinfektion« keinen einwandsfreien Beweis für die Fortdauer der Infektiosität der Prostatitis liefern. G. geht desshalb auch bezüglich des Eheverbots bei Prostatitis mit überstandener Urethritis posterior und abnormalem Prostatasekret nicht so weit wie Finger, der normale Beschaffenheit des Prostatasekrets — Freisein von Eiterzellen und Gonokokken — verlangt. Nach Ansicht G.'s hat man kein Recht, einem Pat., dessen Prostatasekret im Laufe längerer Zeit jedes Mal frei von Gonokokken gefunden wurde, das aber sonst noch nicht ganz normal ist, wegen einer Abnormität, deren Unschädlichkeit oft beobachtet wurde, deren Heilung aber uns meistens nicht gelingt, den Ehekonsens zu verweigern.

Bezüglich der Therapie ist G. skeptisch gegenüber der angeblich direkten Einwirkung von Medikamenten auf die Prostata vom Mastdarme her. Als wirksamstes Mittel hat auch er die Massage kennen gelernt, die er in Rückenlage des Pat. 2—5 Minuten lang ausführt. Zur Zeit der Entstehung und Kulmination der Erkrankung verbietet sich jede andere als die rectale Applikation. Mit Massage und intraurethraler Behandlung wird man erst nach Ablauf der akut entzündlichen Stadien beginnen. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

8) **Guelliot.** Chirurgie des vésicules séminales.

(Presse méd. 1898. No. 33.)

Die Chirurgie der Samenblasen ist bisher sehr vernachlässigt. Verf. hat in dankenswerther Weise die bisher bekannte Litteratur über die chirurgischen Krankheiten der Samenblasen und die an ihnen ausgeführten Operationen zusammengestellt. Als Indikation zur Operation gelten chronische und akute Entzündungen, Eiterungen in der Samenblase, Steine, Carcinom und Tuberkulose. Die Gefahr eines Samenblasenempyems besteht vornehmlich in einem Durchbruche ins retrovesikale Bindegewebe oder in die Bauchhöhle. Es ist daher nach dem alten chirurgischen Grundsatze »ubi pus, ibi evacua!« zu verfahren und dem Eiter nach außen Abfluss zu verschaffen, wenn er sich nicht auf natürlichem Wege entleeren lässt.

Steine sind bisher meist nur als Sektionsbefunde beschrieben worden. Nur Keyes hat einmal einen Stein, der in der Gegend des linken Ductus ejaculatorius in die Harnröhre hineinragte, durch Dammschnitt entfernt. Wegen Tuberkulose ist häufiger operativ vorgegangen, so von Ullmann, Villeneuve, Roux in 2 Fällen, Schede in 2 Fällen, Weir und Routier in je 1 Falle. Verf.

bereichert die Kasuistik um 2 sehr interessante Fälle, welche hier kurz angeführt werden mögen. Einmal handelte es sich um Tuberkulose des Nebenhodens bei einem 20jährigen, sonst gesunden Manne. Es wurde die Kastration und Resektion des Vas deferens gemacht, sodann durch einen prärectalen Schnitt auch die Samenblase entfernt. Heilung noch nach 8 Monaten konstatirt. In einem anderen Falle lag Tuberkulose des ganzen Genitalsystems vor, während der 34jährige Mann sonst gesund zu sein schien; es wurde der rechte Hode entfernt, links die Epididymis aufgeschnitten und die erkrankten Herde ausgeschabt, endlich rechts die Spermatocystektomie par morcellement ausgeführt. Der Kranke behielt eine kleine perineale Fistel, starb aber $2^1/_2$ Monate später an Lungentuberkulose. Die Autopsie stellte zahlreiche Knötchen an den Vasa deferentia und der zurückgelassenen Samenblase fest.

Verf. hält die Spermatocystektomie aber nur für die Fälle für berechtigt, wenn die Erkrankung der Samenblase im Vordergrunde steht oder schnelle Fortschritte zu machen scheint, da nach Kastration und Resektion des Vas deferens meist die Erkrankung der Samenblasen einen Stillstand erfährt oder Neigung zu bindegewebiger Schrumpfung zeigt.

Entfernungen der Samenblasen wegen Krebs sind mehrfach vorgenommen, freilich meist im Anschluss an Mastdarmoperationen. Auch Verf. verfügt über einen solchen Fall, wo der Kranke 17 Monate lang den Eingriff überstand; derselbe entleerte einige Tropfen Urin und beim Coïtus den Samen in den Mastdarm.

Was die Operationsmethode betrifft, so entspricht die Punktion vom Mastdarme und vom Damme aus nicht mehr den modernen chirurgischen Anschauungen. Die Incision kann ebenfalls vom Mastdarme oder vom Damme aus gemacht werden. Verf. zieht den ersteren Weg vor.

Die Spermatocystektomie vom Leistenkanale aus ist von Villeneuve beschrieben, der durch langsamen Zug am Vas deferens die Samenblase erreichen konnte. Ihm selbst aber und Anderen ist dasselbe wiederholt weit vor der Samenblase abgerissen. Die sacrale Methode ist öfters angewendet und hat den Vorzug, einen breiten Zugang und übersichtliches Operationsfeld zu schaffen. Andererseits ist es ein beträchtlicher Eingriff und häufig von unangenehmen Zwischenfällen gefolgt, wie Hämorrhagien, Gangrän und Fistelbildung. In der großen Mehrzahl der Fälle wird der perineale Weg ausreichend sein, den auch der Verf. eingeschlagen hat. Er umschneidet den After fast ringförmig, von der Rhaphe posterior an bis zum Tuber ischii der anderen Seite prärectal; die Harnröhre wird vom Mastdarme abgetrennt, mit einem Scheidenhalter nach oben, der Mastdarm mit einer Klemme nach unten seitwärts gezogen. So bekommt man die Prostata leicht zu Gesicht. Durch leisen Zug lassen sich Prostata, Samenblasen und Blasenboden mehrere Centimeter weit nach unten ziehen. Die erkrankte Samenblase wird vorsichtig und meist stumpf vom venösen Plexus und vom Bauchfelle abgetrennt. Gelingt die Aus-

schälung nicht, so kann man die Samenblase auch durch Zerstückelung entfernen. Die blutenden Gefäße werden mit Klemmen versorgt, die Wunde durch einige tiefe Nähte verkleinert, sonst tamponirt. Als unangenehme Zwischenfälle bezeichnet Verf. Blutungen, Einreißen des Mastdarms und Bildung von Urinfisteln.

Zum Schluss spricht Verf. die Überzeugung aus, dass man mit dem perinealen Wege meist auskommt, dass die Spermatocystektomie nur für ausgewählte Fälle von Tuberkulose in Betracht kommt, während die sacrale Methode für die Entfernung von sekundärem Krebs reservirt bleibt.

Die Arbeit ist durch mehrere instruktive Abbildungen illustrirt.

Tschmarke (Magdeburg).

---

9) **O. Zuckerkandl.** Die lokalen Erkrankungen der Harnblase.

Wien, **A. Hölder,** 1899. 269 S.

In dem großen Nothnagel'schen Sammelwerke der speciellen Pathologie und Therapie hat der Wiener Chirurg Z. die lokalen Erkrankungen der Harnblase bearbeitet. Er giebt zunächst einleitende Bemerkungen zur Anatomie und Topographie der Blase und geht dann genauer auf die physikalischen Untersuchungsmethoden der Blase ein, wobei namentlich die instrumentelle Untersuchung und die Cystoskopie eine genaue Besprechung erfahren.

Die Erkrankungen der Blase gehen mit Symptomen lokaler und allgemeiner Art einher, denen sich gewisse Veränderungen des Harns als charakteristische Zeichen anschließen. Von den lokalen Symptomen sind zu nennen: Anomalien des Harndrangs; Störungen der Harnentleerung; Schmerzen; die verschiedenen Formen der Harnverhaltung; Harnträufeln. Während diese lokalen Symptome sehr eingehend durchgenommen werden, erfahren die allgemeinen Symptome, Fieber, Verdauungsstörungen, Zeichen von Infektion und Intoxikation eine entsprechende kürzere Behandlung. Der nächste Abschnitt enthält die pathologischen Veränderungen des Harns bei Erkrankungen der Blase, die Hämaturie, Pyurie, Bakteriurie, Pneumaturie, Hydrothionurie, und die verminderte und vermehrte Harnausscheidung, so wie das Sistiren der Harnsekretion.

In dem speciellen Theile werden die Bildungsfehler der Blase, die verschiedenen Entzündungsformen, die Steinkrankheit, die Neubildungen, so wie die Entozoen der Blase besprochen. Die Darstellung ist nach jeder Richtung hin klar und leicht verständlich; entsprechend dem Charakter des Buches ist ganz besonders auch auf die interne Behandlung der verschiedenen Blasenerkrankungen genügend Rücksicht genommen.

P. Wagner (Leipzig).

---

10) **H. Felcki.** Über die interstitielle blennorrhoische Entzündung der Harnblase.

(Pester med.-chir. Presse 1899. No. 14.)

Auf Grund »mehrerer« Beobachtungen, deren Krankengeschichten jedoch vorenthalten werden, bringt Verf. seine Erfahrungen in Bezug auf die klinische Diagnose und Therapie dieser seltenen, das interstitielle Bindegewebe und die Muskulatur der Blase betreffenden Erkrankung. Längere Zeit nach dem Abklingen der akuten gonorrhoischen Cystitis entwickelt sich eine Verringerung der Blasenkapacität, welche auch nach Analysirung der Schleimhaut nicht verschwindet. Mit dem Cystoskop findet man Vorstülpungen der letzteren. Es fehlen Zeichen einer Schleimhauterkrankung, welche die Abnahme des Fassungsvermögens erklären; dessgleichen mechanische Behinderungen der Harnentleerung, welche diese Erscheinungen als koncentrische Hypertrophie deuten lassen könnten. Dazu gesellt sich mangelhafte Entleerungsfähigkeit. Der Harn kann unverändert sein, jedoch neigt die Schleimhaut sehr zu wiederkehrenden Entzündungen. Je nach dem Grade der Schleimhautveränderungen schwankt das klinische Bild. Leichtere Fälle zeigen nur öfters Entleerungsbedürfnis und Spannungsgefühl in der Blase; die schweren zeigen das Bild der »Cystite douloureuse« nach Guyon. Schließlich stellt sich ein Zustand ein, den Ultzmann als »Schrumpf- und Narbenblase« kennzeichnet.

Die Behandlung muss sich auf resorbirende Mittel, wie Bäder und Kataplasmen, beschränken. Alle auf Erhöhung der Blasenkapacität gerichteten Vornahmen haben zu unterbleiben. In Bezug auf die operative Behandlung hat Verf. keine eigenen Erfahrungen.

Neugebauer (M. Ostrau).

---

11) **Ripperger.** Über das Ausdrücken der Harnblase.

(New Yorker med. Monatsschrift 1899. Januar.)

Verf. empfiehlt von Neuem die von Heddäus schon im Jahre 1888 angegebene, aber sonst wenig geübte Methode der Blasenausdrückung bei gewissen Lähmungszuständen der Blase. Das manuelle Ausdrücken der Blase soll den Detrusor ersetzen und eignet sich vor Allem für solche Fälle, in denen neben der Detrusorlähmung eine solche des Sphincter vesicae besteht. Bei Harnverhaltung in Folge Unwegsamkeit der Harnröhre (Fremdkörper, Strikturen, Prostataschwellung) ist die Methode kontraindicirt. Vorsicht ist bei prall gefüllter Blase anzurathen. Verf. hat diese Methode in 8 Fällen, darunter 6mal mit Erfolg angewandt; bei 2 Fällen war der Patellarsehnenreflex erhalten. Die Art der Ausführung ergiebt sich eigentlich von selbst. Gegenüber dem sonst stets indicirten Katheterismus bei Blasenlähmungen ist die Methode als gefahrloser zu versuchen als Ersatz für das Selbstkatheterisiren, zumal die Kranken oder das Pflegepersonal es selbst leicht lernen sollen, eine Blase auszudrücken.

Tschmarke (Magdeburg).

---

12) **X. Delore.** Über die kongenitalen Vesico-Umbilicalfisteln bei Prostatikern. (Übersetzt von Dreysel-Leipzig.)

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. X. Hft. 7.)

D. berichtet über einen Fall aus der Abtheilung Jaboulay's, in dem bei einem 63 Jahre alten Mann mit Prostatahypertrophie eine bis dahin latent gebliebene Vesico-Umbilicalfistel in Folge Offenbleibens des Urachus, bei den zunehmenden Urinbeschwerden und bei der Steigerung des intravesicalen Drucks plötzlich zu Tage trat. Anamnestisch konnte in diesem Falle festgestellt werden, dass Pat. nach seiner Geburt wegen Urinausflusses aus dem Nabel in Behandlung war. Der Versuch, die Fistel durch Resektion des oberen Urachusendes, Invagination und Naht zum Verschluss zu bringen, misslang, da das Hindernis für die normale Urinentleerung fortbestand. Verf. konnte im Anschluss an diesen Fall noch 2 weitere Fälle aus der Litteratur beibringen, die den kongenitalen Ursprung derartiger Urinfisteln beweisen. Als letzte Ursache ist wohl stets das Offenbleiben des Urachus anzunehmen, sei es nun, dass es sich nach der gangbarsten Annahme um eine vollständige ununterbrochene oder nur um eine theilweise Durchgängigkeit des persistirenden Urachus handelt. Die Nachtheile der Nabelfisteln bei Prostatikern liegen in der Gefahr einer Urininfektion mit ihren Folgen und der Bildung von Blasensteinen. Bezüglich der Behandlung der Urachusfisteln sind 2 Forderungen zu erfüllen, einmal der Verschluss der Fistel selbst, für den eigentlich nur die radikale Operation durch partielle Resektion und Naht empfehlenswerth und genügend ist, dann die Beseitigung der Gelegenheitsursache, unter deren Einfluss die Fistel entstanden ist. An dieser letzten Forderung scheitert gewöhnlich die Therapie, besonders wenn es sich um inficirten Urin handelt. Immerhin hat man nach D. das Recht, den Verschluss der Fistel zu versuchen, wenn das Hindernis für die Urinentleerung durch die Harnröhre nur ein vorübergehendes ist. Bei bestehender Cystitis und Vorhandensein von Blasensteinen ist der operative Verschluss der Fistel zu unterlassen; den verschiedenen Indikationen bei hochgradiger Prostatahypertrophie mit inficirtem Urin und Blasensteinen wird besser durch die Cystostomia suprapubica entsprochen; durch dieselbe kann sogar ein Versiegen der Nabelfistel erzielt werden. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

13) **L. Juarez.** Sémiologie rénale.

(Ann. des malad. des org. genito-urin. Bd. XVII. p. 897.)

An der Hand mehrerer Beispiele zeigt Verf., dass die bei den verschiedenen chirurgischen Nierenerkrankungen angegebenen Symptome, Schmerzen, Hämaturie, Pyurie, Polyurie, Geschwulst außerordentlich vieldeutig sind und leicht zu diagnostischen Irrungen führen können.

Verf. hebt noch besonders hervor, dass man bei chronischen Cystitiden, für die eine nachweisbare Ursache nicht vorhanden ist,

stets die cystoskopische Untersuchung vornehmen muss und, wenn auch diese keine Abnormitäten ergiebt, die Katheterisation der Harnleiter anschließen soll. Letztere ist auch bei allen Eiterungsprocessen in der Niere vorzunehmen eben so wie die Bestimmung des Durchgängigkeitsvermögens der Nieren für Methylenblau.

P. Wagner (Leipzig).

---

14) **E. Herczel.** Nierenexstirpation mit liegengelassenen Pincetten.

(Ungarische med. Presse 1899. No. 20.)

Um die durch Stumpfligaturen verursachten Fistelbildungen und das Abbinden bei durch Eiterung verkürzten oder spröden Nierenstielen zu vermeiden, wird das schon früher vielfach von Anderen (siehe auch Centralblatt für Chirurgie 1894 p. 1137: Tuffier und 1896 p. 617 Fedoroff etc.) erprobte Liegenlassen von Klemmen empfohlen. In 3 Fällen von Nierenexstirpationen wegen Pyonephrose wurde in dieser Weise verfahren. **Neugebauer** (M. Ostrau).

---

15) **A. C. Clark** and **H. E. Clark.** Neurectomy a preventive of masturbation.

(Lancet 1899. September 23.)

Querschnitt über das Dorsum penis $^1/_2$ Zoll von der Peniswurzel. Die Haut soll zum Schnitt in einer Längsfalte in die Höhe gehoben werden. Die beiden Nerven liegen an den lateralen Rändern des Dorsum eingebettet in das lose Gewebe der oberflächlichen Fascie, dicht neben den dorsalen Arterien, gewöhnlich an deren äußerer Seite. Da die Arterien mit der Kapsel des Schwellkörpers fest verbunden sind, ist es leicht, die Nerven mit einem stumpfen Haken aufzuheben und ein Stück zu reseciren.

Ein so operirter Pat. wurde von der Gewohnheit, zu masturbiren, befreit, er hat im Glied nur noch beim Uriniren eine Sensation. (Merkwürdig ist die Angabe, Pat. sei nicht so willensstark, als vor der Operation. Ref.) **W. Scheffer** (London).

---

16) **C. G. Cumston.** La technique de l'antisepsie et de l'asepsie en chirurgie gynécologique.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1899. No. 9.)

Verf. berichtet über die seit Jahresfrist bei ihm gepflogene Wundbehandlung, bei der sich Anti- bezw. Asepsis gegenseitig ergänzen.

Im Allgemeinen weicht diese Wundbehandlung von der anderweitig geübten nicht viel ab, ich entnehme den Mittheilungen hierüber desshalb nur einige Punkte. Die Assistenz wird möglichst beschränkt. Die Desinfektion der Hände anlangend, ist (mit Be-

friedigung! Ref.) hervorzuheben, dass Handschuhe nur zur vaginalen bezw. rectalen Untersuchung, andererseits zum Verbande bei inficirten Wunden seitens der Ärzte und des Wärterpersonals Verwendung finden.

Haare und Bärte werden durch entsprechende Leinwandbekleidung geschützt. In der Scheide wird weder Äther noch Alkohol zur Desinfektion wegen zu starker Reizung verwendet; die gebräuchliche Desinfektion besteht in Seifenspiritus, heißem Wasser und schließlicher Irrigation von Sublimat oder Höllensteinlösung, letztere in Form der citronensauren 1 : 3000.

Von den Credé'schen Höllensteinsalzen wird überhaupt reichlicher Gebrauch gemacht. Der Darm wird vor größeren Operationen mit Naphthalin antiseptisch gemacht, — 0,25 — 5 Tage vor der Operation beginnend, 4—5mal täglich; das Urotropin 0,5 mehrmals täglich, wird bei Eitergehalt des Urins angewandt, besonders wenn es sich um vaginale Hysterektomie, Scheiden- und Blasenoperationen handelt.

Ligaturen der großen Gefäße werden mit feiner, nicht geflochtener Seide gemacht (auch hier dient nach dem Auskochen eine milchsaure Höllensteinlösung 8 Tage lang zur Aufbewahrung der Seide, worauf sie dauernd in Glasbechern bleibt). Die Naht an der Vagina wird mit verschiedenartig präparirtem Katgut (Formol oder Chromsäure) ausgeführt.

Die Haut und das Unterhautzellgewebe wird bei mageren Leuten mit Katgut, bei fetten mit Aluminiumbronze- oder Silberdraht genäht. Die Imprägnation antiseptischer Gaze für Tampons geschieht mit diversen Wismuthsalzen. **Kronacher** (München).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Syndaktylie mit Brachydaktylie.

Von

Dr. **Otto Lanz,** Docent der Chirurgie in Bern.

In seinem »Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale« giebt Kirmisson Dank seinem enormen Beobachtungsmaterial als Oberarzt am Hôpital des enfants assistés in Paris eine sehr erschöpfende Darstellung der kongenitalen Missbildungen.

Da weder in dieser, noch in den anderen mir zur Verfügung stehenden Veröffentlichungen einer Missbildung gedacht wird, wie sie mir vor kürzerer Zeit zum Zwecke eines operativen Eingriffs vorgestellt wurde, so gebe ich nebenstehend dieses Radiogramm einer »Syndaktylie mit Brachydaktylie« wieder und beschränke mich auf eine ganz kurze Bemerkung, da das Hauptinteresse dem Bilde zufällt.

In der Familie des noch nicht 2jährigen Kleinen wurden niemals irgend welche Missbildungen beobachtet. Gleich nach der Geburt fiel den Eltern auf, dass die Finger der linken Hand, mit Ausnahme des Daumens, bis zum Nagelgliede mit einander verschmolzen waren.

Es liegt eine Syndaktylie 2. Grades vor, eine eigentliche Patschhand, wobei die letzten 4 Finger von einer gemeinsamen Haut bedeckt sind, das Knochengerüst der Finger aber, unabhängig von einander, keine Verwachsungen zeigt. Zwischen 4. und 5. Finger ist eine schwimmhautähnliche Hautbrücke, zwischen 3. und 4. Finger besteht noch eine ausgesprochene Hautfalte, während die Knochen des 2. und 3. Fingers so eng an einander liegen und die Weichtheile so intensiv syndaktylisch verschmolzen sind, dass sie eigentlich nur einen Finger mit gespaltener Endphalanx bilden. Die Grenze dieser beiden Finger ist nur noch durch eine schwache Furche und nur zum Theil gezeichnet, doch sind auch an diesen beiden Fingern getrennte Phalangen durchzutasten. Die Fingernägel sämmtlicher 5 Finger sind gut gebildet, auch sonst die Finger, abgesehen von den Verwachsungen und ihrer Kürze, normal. Aus dem Röntgenbilde geht am schönsten hervor, dass die 4 Mittelphalangen vollständig fehlen, während Grund- und Endphalanx wohlgebildet sind. Die Missbildung betrifft nur die eine Hand, die andere Hand so wie die Füße sind normal.



---

17) 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu München.

II.

Friedrich's (Leipzig) **Mittheilungen zur Kenntnis der chirurgischen Tuberkulose** (insbesondere Tuberkulose der Knochen, Gelenke und der Nieren) haben Experimente zum Gegenstand, welche vor mehreren Jahren begonnen wurden, in ihrer Anlage sich an die chirurgisch-klinischen Erfahrungen anlehnen und u. A. dem gelegentlichen Einfluss traumatischer Insulte für die lokale Disposition zur Erkrankung nachzugehen suchen. F. hat, geleitet von der Idee, wie sie in den König'schen Leitsätzen zum Chirurgenkongress 1897 auch zum Ausdruck gelangt ist, dass bei allen den obengenannten Tuberkuloseformen die Blutbahn als die Trägerin bezw. Vermittlerin der Infektion anzusehen sei, während an irgend einer anderen Stelle des Körpers der tuberkulöse Primärherd sitze, seine Experimente so gestaltet, dass er durch die rechte Carotis hindurch mit Hilfe langer Kanülen, unmittelbar im linken Ventrikel das Impfmaterial (fein emulgirten tuberkulösen Abscesseiter, Reinkulturen von Tuberkelbacillen verschiedener Virulenz) dem Blutstrom beimischte. Er konnte so auf Sekunden genau feststellen, wenn Tuberkelbacillen in der arteriellen Blutbahn kreisen mussten, und konnte demnach den Einfluss von stumpfen, nicht zu gröberen Zerstörungen führenden Traumen (Kontusionen und Distorsionen) länger oder unmittelbar vor dem Moment des Kreisens der Keime oder während desselben, oder verschiedene Zeit nach demselben der genauen Untersuchung unterziehen. Es ließ sich verfolgen, welche Organe bei rein arterieller Aussaat (sonach unter Ausschaltung der Lungenpassage) vorwiegend von der arteriellen Erkrankung betroffen wurden, es konnten hinsichtlich des Einflusses der Virulenz des inficirenden Materials Beobachtungen angestellt werden. Die Fragen, die sich F. in seinen Versuchen vorlegte, lauteten: 1) Gelingt es, auch für die sog. chirurgische Tuberkulose des Menschen (außer

Haut- und Drüsentuberkulose) eine Parallele, nach Art der Langsamkeit der Entwicklung und dem Vorherrschen der örtlichen Erkrankung im Thierversuche zu schaffen? Ist hierzu erforderlich Schwächung der Virulenz der Keime oder vorherige Schwächung (Tuberkulisirung) des Organismus? Zeigt das Trauma einen Einfluss auf die Entstehung solcher, der menschlichen Lokaltuberkulose wirklich verwandter tuberkulöser Processe? Setzt, im Falle positiver Beantwortung dieser Frage die traumatische Lokalisirung ein gleichzeitiges oder bald dem Trauma folgendes Kreisen der Keime im Blute voraus? Ausgeschlossen war von vorn herein die Beantwortung der Frage, in wie weit eine schon bestehende örtliche tuberkulöse aber latente Infektion durch ein Trauma beeinflusst bezw. zur Manifestation gebracht werden kann, da diese Frage exakte experimentelle Angriffspunkte nicht bietet.

Das Gesammtergebniss der Versuche war folgendes:

Tuberkulose der Knochen und Gelenke wurden nur bei Thieren beobachtet, welche mit schwach virulentem Bacillenmaterial inficirt waren. Diese aber bieten ein der menschlichen Lokaltuberkulose klinisch und anatomisch sehr verwandtes Bild (Demonstration von Präparaten und Abbildungen), auch hinsichtlich der Langsamkeit der Entwicklung und des langen Isolirtbleibens eines oder einzelner Herde. Bei 2 Thieren entwickelte sich eine symmetrische Tuberkulose in beiden Orbitalhöhlen (Demonstration) in der Umgebung der Harder'schen Drüse. Niemals ward in diesen Versuchen Lokalisirung der Tuberkulose am Orte des Traumas beobachtet. Ein Thier erkrankte an Tuberkulose in 5 Gelenken; das linke Sprunggelenk erkrankte mit, während das centralere, traumatisch betroffene linke Kniegelenk frei blieb. (Die arterielle Keimaussaat war in diesem Versuche 5 Minuten nach erlittenem Trauma erfolgt, wo also noch gut durch die frischlädirten Gefäße ein Keimaustritt ins Gewebe hätte erfolgen können.) Den Kontusions- und Distorsionstraumen analoge Traumen schaffte sonach in diesen Versuchen einem dem Trauma der Zeit nach unmittelbar folgenden Kreisen von Tuberkelbacillen im arteriellen Kreislauf keinen nachweisbaren Locus minoris resistentiae. (In wie weit örtlich vorhandene, latente Infektion durch das Trauma beeinflusst werden kann, war, um es nochmals hervorzuheben, nach oben Gesagtem nicht Gegenstand der Ermittlung.) Besonderes Interesse beanspruchte das Verhalten der Nieren: die Injektion wenig virulenter Tuberkelbacillen, selbst in großer Dosis, überwinden die Nieren, ohne dass sich an ihnen grobe anatomische Läsionen nachmals nachweisen lassen; während sich die Nieren nach Infektion mit stark virulentem Materiale als die am schwersten von der intraarteriellen Infektion betroffenen Organe darstellen. In den Nieren mit schwach virulentem Materiale injicirter Thiere waren später, bei vorgenommener Tödtung, makroskopisch Tuberkelherde nicht mehr zu erkennen; unter der Kapsel, mehr oder weniger mit ihr verwachsen, fanden sich narbige Einziehungen ihrer Oberfläche, welche mikroskopisch sich als bindegewebig geschrumpfte Glomerulipartien zu erkennen gaben. Tuberkelbacillen ließen sich nirgends mehr in ihnen nachweisen. Wurde die Infektion mit kleinen Dosen hochvirulenten Materials ausgeführt, so trat fast durchweg eine annähernd gleich hochgradige Infektion beider Nieren ein. Wurde nun die Nephrektomie auf der einen Seite ausgeführt (15 Versuche), so wurden, trotz der gleichzeitig bestehenden und gleichzeitigen Nierentuberkulose der anderen Seite, die Thiere nicht nachweisbar kränker; bei später folgenden Obduktionen zeigte die zurückgebliebene Niere kompensatorische Hypertrophie, und manche Stellen des tuberkulösen Processes in ihr deuteten nicht selten eher auf einen Rückgang, als ein Fortschreiten des Processes. (Dieser Theil der Versuche ist zur Zeit noch Gegenstand sorgfältiger Kontrolle und Durcharbeitung.)

Im Anschluss an diese Mittheilung giebt F. eine kurze Darstellung der veränderten Wuchsformen des Tuberkelbacillus, unter Demonstration von mikroskopischen Präparaten, wie er dieselben als aktinomycesähnliche bereits in der Deutschen med. Wochenschrift veröffentlicht hat und wie sie in Bd. XXVI von Ziegler's Beiträgen zur pathologischen Anatomie in extenso publicirt worden sind.

(Selbstbericht.)

W. Müller (Aachen) schildert als ungewöhnlichen Ausgang der **akuten Osteomyelitis** die Bildung kleinerer oder größerer schwieliger Geschwülste, welche in ihrem Inneren Sequester bergen. Fisteln bestanden in den entsprechenden Fällen nie. Diese umschriebenen, klinisch viel eher als Fibrome oder Sarkome imponirenden, gelegentlich recht mächtigen Schwielenbildungen entwickeln sich, wie es scheint, ganz allmählich (bis 20 Jahre nach dem akuten Erkrankungsstadium) und geben Anlass zu diagnostischen Irrthümern. Sie können, wenn die Anamnese im Stiche lässt, und sie beweglich sind, auch wohl als Weichtheiltumoren imponiren. Die Erkrankungsherde am Knochen sind wohl meist klein, haben ihren Sitz mehr an den Gelenkenden, von wo aus die Sequesterchen, die zur Schwielenbildung Anlass geben, ihren Ort verlassen.

Vortr. zeigt ein den Vorgang illustrirendes Präparat, das er durch Operation gewonnen hat. Es stammt von einer 29jährigen Pat., bei der sich angeblich seit wenigen Monaten eine Geschwulst in der Kniekehle — ohne nennenswerthen Schmerz — gebildet hatte. Vortr. nahm nach den klinischen Erscheinungen einen Weichtheil-(Fascien?)-Tumor an. Er war beweglich gegen die tiefen Theile der Kniekehle. Der halbenteneigroße Tumor entpuppte sich erst nach der Operation als entzündliche Schwiele, in deren Innerem in einer Granulationshöhle ein kleiner zackiger Sequester lag. Der Tumor war dünn gestielt, der Stiel, der einen feinsten Granulationsgang im Centrum hatte, verlor sich neben den Kniekehlgefäßen in die Tiefe bis zur Gegend des Condyl. int. femoris. Er ließ sich zum Theil stumpf enukleiren.

Vortr. hat die Erkrankungsform 3mal unter etwa 400 Fällen von akuter Osteomyelitis in ihren verschiedenen Stadien beobachtet. Die Einzelheiten sollen in einer Arbeit demnächst beschrieben werden. (Selbstbericht.)

J. Riedinger (Würzburg): Die Reihe der **Varitäten** und **Valgitäten** an den oberen Extremitäten ist noch nicht geschlossen, so lange wir nicht den Humerus varus und den Humerus valgus kennen. Der Vortr. demonstrirt nun ein Präparat, welches die Analogie mit der Coxa vara an der Schulter herstellt. Die Deformität entstand in den Wachsthumsjahren und war kombinirt mit einer im Gefolge einer Kondylenfraktur aufgetretenen Ankylose des Ellbogengelenks. Der Vorderarm steht in rechtwinkliger Beugestellung und in mittlerer Pronationsstellung. Die Deformität kam zu Stande durch Abknickung in der Epiphysenlinie am oberen Abschnitte des Humerus, und zwar ist es der Humerusschaft, welcher eine Abknickung erfahren hat. Die Varusstellung ist deutlich ausgeprägt durch Streckstellung, Einwärtsrotation und Adduktion. Es wird angegeben, in welcher Weise wir ein Maß für die Varusstellung gewinnen.

Weiterhin wird ein Präparat demonstrirt, an welchem sich bei bestehender Arthritis deformans die Gelenkfläche des Humeruskopfes mehr horizontal gestellt hat. Dasselbe dient als Beispiel für die Valgusstellung.

Schließlich erwähnt der Vortr. einen Fall von Wachsthums- und Bewegungsstörungen im Schultergelenk während der Pubertätsjahre, der die Vermuthung nahe legt, dass es sich um einen Humerus varus gehandelt hat.

(Selbstbericht.)

H. Tillmanns (Leipzig): **Die Punktion der Knochen.**

Die Punktion der Knochen wird von den Chirurgen noch nicht so allgemein ausgeführt, wie sie es verdient. T. empfiehlt dieselbe auf das wärmste zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken in folgender Weise. Nach sorfältiger antiseptischer Vorbereitung der betr. Hautstelle wird ohne vorherige Incision mit dem Messer ein feiner Stahlstift mittels des Elektromotors in die Markhöhle eines Knochens, in den Warzenfortsatz, in die Stirnhöhlen, oder vorsichtig in die Schädelhöhle etc. eingeführt. Nach der Punktion des Knochens wird dann je nach dem pathologisch-anatomischen Befunde verfahren. Eventuell wird die Punktionsöffnung nur erweitert, z. B. bei der Mastotomie, bei kleineren umschriebenen Krankheitsherden in den Knochen, z. B. besonders in den Epiphysen, oder aber es wird sofort oder später die dem Befunde entsprechende nothwendige Operation vorgenommen, z. B.

die Aufmeißelung der langen Röhrenknochen bei akuter eitriger Osteomyelitis, die Amputation oder Exartikulation bei malignen Knochenneubildungen, die Eröffnung der Schädelhöhle bei endokraniellen Eiterungen oder sonstigen Erkrankungen etc.

Jede Stelle eines Knochens kann unter Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse punktirt werden, besonders auch die Gelenkenden. An den Schädelknochen ist natürlich eine Verletzung der größeren Blutgefäße, vor Allem der Sinus und Art. meningea media zu vermeiden. Bei der Punktion der Schädelhöhle darf der Knochen nur langsam und vorsichtig durchbohrt werden. Im Allgemeinen bleibt die Hauptsache bei der Knochenpunktion stets, dass man den feinen Stahlstift mittels des Elektromotors durch die sorgfältig abrasirte und desinficirte Haut unter strengster Asepsis in den Knochen eindringen lässt, ohne vorher die Weichtheildecke mit dem Messer durchtrennt zu haben.

Die Nachbehandlung ist sehr einfach, wenn der Knochen nur zu diagnostischen Zwecken punktirt wird und der anatomische Befund negativ ist. In solchen Fällen heilt die kleine Punktionswunde bei aseptischer Ausführung der Operation unter einem trockenen oder feuchten aseptischen Verbande in wenigen Tagen. Im Übrigen hängt die Nachbehandlung von dem durch die Knochenpunktion erzielten pathologischen Befunde ab, d. h. sie wird vor Allem durch die nach der Knochenpunktion vorgenommene Operation bestimmt.

(Selbstbericht.)

Kronacher (München): **Heteroplastische Erfahrungen.**

Verf. berichtet über die von ihm in den letzten 5 Jahren ausgeführten, gut gelungenen, heteroplastischen Operationen an Röhrenknochendefekten; 2mal wurde an Unterschenkelknochen, 2mal an Phalangen operirt. Unter Hinweis auf die bereits früher von ihm publicirten Fälle wird zunächst ein 53jähriger Pat. vorgestellt, an dem vor $3^1/_2$ Jahren wegen Nekrose die 1. Phalanx des rechten Zeigefingers resecirt worden war; von dem Kopftheil der Phalanx konnte ein zur Implantation genügendes, gesundes Stück erhalten werden, vom basalen Theil jedoch nur eine sehr schmale Scheibe, so dass hier in den Metacarpuskopf invaginirt werden musste.

Das nun implantirte Kalbsknochenstück heilte gut ein, es bildete sich eine Nearthrose im Metacarpo-Phalangealgelenk, mit dem die Bewegungen des Fingers gut ausgeführt werden; Pat., der Schneider ist, kann mit dem erkrankt gewesenen Finger wieder nähen. Die von Zeit zu Zeit aufgenommenen Radiogramme zeigen, dass die Prothese allmählich von neugebildeten Knochenwänden umwachsen wurde; nunmehr ist eine vollständige Verschmelzung beider eingetreten.

Weiterhin wird ein 8jähriger Knabe vorgestellt, an dem wegen Spina ventosa die 1. Phalanx des rechten Zeigefingers resecirt wurde; hier konnten die zur Implantation nothwendigen gesunden Knochenenden in ausreichendem Maße zurückgelassen werden. Implantation eines Kalbsknochenstückes, Heilung ohne jede Reaktion, nachdem nach ca. Jahresfrist die Prothese eliminirt worden war; normale Bewegungen des Fingers, auch in den interphalangealen Gelenken.

An 6 von Zeit zu Zeit aufgenommenen Radiogrammen lässt sich der ganze physiologische Vorgang von der Einpflanzung an bis zur Bildung und dann weiteren Umwandlung einer neuen Phalanx sehr schön ersehen.

Der 3. Fall betrifft eine angeborene Fraktur beider Unterschenkelknochen bei einem damals 6 Monate alten Knaben. In die durch frühere Eingriffe verkürzten Fragmente der Tibia und Fibula Implantation je eines 3—4 cm langen Elfenbeinstabes. Erst nach 2 Jahren, während deren die Prothesen mit den Knochen in Kontinuität blieben, Ossifikation. Sowohl manuell, als auch besonders durch Radiogramme lassen sich die vollständige Regeneration der Fibula, als auch eine bedeutende Annäherung und Verdickung der Tibiafragmente erweisen. Die Prothese der Fibula wird nach $3^1/_2$ Jahren eliminirt; das Kind steht fest auf dem kranken Beine.

(Selbstbericht.)

F. Lange (München): **Über periostale Sehnenverpflanzungen.**

L. sieht bei der Sehnenverpflanzung von der Benutzung des gelähmten Muskels völlig ab, weil die atrophische Sehne sich unter dem Einfluss der Kontraktionen verlängern kann, und vernäht statt dessen die abgespaltene Sehne direkt mit dem Periost. Für die Wahl des neuen Ansatzpunktes am Skelett ist die Aufgabe, welche der neue Muskel zu erfüllen hat, maßgebend.

An 3 Kranken wird der Erfolg der Operation demonstrirt.

1) Bei einem 7jährigen Knaben, der in Folge Lähmung des Extensor digit. commun. und der beiden Peronei einen Klumpfuß bekommen hatte, ist die laterale Hälfte der Sehne vom Tibial. ant. unter der Haut des Fußrückens lateralwärts verschoben und mit dem Periost des Cuboideum vernäht worden.

2) Bei einem 13jährigen Knaben ist die gleiche Operation aus der gleichen Ursache ausgeführt worden.

3) Bei einem 12jährigen Mädchen, das in Folge einer Lähmung der Wadenmuskulatur und einer Parese des Tibial. anticus an einem hochgradigen Pes calcaneo-valgus litt, ist der Peroneus longus an das hintere Ende des Calcaneus geführt und medial vom Ansatz der Achillessehne mit dem Periost vernäht worden.

(Selbstbericht.)

Kümmell (Hamburg): **Über cirkuläre Gefäfsnaht.**

Cirkuläre Gefäßnähte scheinen beim Menschen bisher nicht ausgeführt worden zu sein. K. hat 1mal die cirkuläre Naht der Art. femoralis und 1mal die der Vena femoralis mit Erfolg ausgeführt. Die Veranlassung zu der Operation ergab sich beide Male bei der Exstirpation von malignen Tumoren. Im 1. Falle zeigte sich die Arterie von einem carcinomatösen Drüsentumor vollständig umwachsen, das Lumen durchgängig. Freilegung des Gefäßes oberhalb und unterhalb, Abklemmung mit 2 Arterienpincetten, Resektion eines 4 cm langen Stückes. Vereinigung der beiden Enden unter Flexion des Beines, Invagination des oberen in das untere. Naht mit fortlaufendem Seidenfaden ohne Durchstechung der Intima. Die nach Entfernung der Klemmen aus einzelnen Stichkanälen eintretende Blutung wurde durch Anlegung einer zweiten, bloß die Adventitia fassenden Nahtreihe gestillt. Die Cirkulation in dem Beine stellte sich alsbald ein. Anatomisch ließ sich die Naht leider nicht weiter verfolgen, da ein bald einsetzendes Recidiv die Arterie durch die Wucherung der Carcinommassen vollständig zerstörte.

Im 2. Falle handelte es sich um ein die Vena femoralis in 2 cm Länge durchwachsendes Carcinom. Die bis auf eine 2 mm breite Brücke vollständig durchtrennte Vene wurde cirkulär genäht. Keine Invagination, fortlaufende Naht, bei der eine Durchstechung der Intima an dem dünnen Gefäß nicht sicher vermieden werden konnte. Nach Abnahme der Klemmen verlor das Bein sofort seine livide Färbung, einige Stichkanalblutungen wurden durch oberflächliche Nähte leicht beseitigt. Vollständige Naht der Wunde. Heilung p. p. i. Entlassung der Pat. nach 24 Tagen.

Diskussion: Garrè (Rostock): Das Mitfassen der Intima ist sehr schwierig zu vermeiden. Bei der Verwendung von feinen Fäden ist dasselbe ganz ungefährlich, wie G. bei Thierexperimenten gesehen hat. Am Menschen hat G. 1mal die Brachialis und 1mal die Carotis communis cirkulär genäht. Beide Pat. sind ohne Thrombose geheilt.

Auch bei G.'s Thierexperimenten hat sich keine Thrombose eingestellt. Die Invagination soll immer in der Richtung des Blutstromes gemacht werden.

Kreoke (München).

Sarwey (Tübingen) berichtet über **Händedesinfektionsversuche,** welche von Prof. Th. Paul und ihm gemeinsam angestellt wurden; es wurde zunächst zu diesem Zwecke eine Methode ausgearbeitet, welche unter möglichster Vermeidung aller Fehlerquellen, insbesondere unter Ausschaltung von störenden Luftkeimen, so wie unter besonderer Berücksichtigung der in der chirurgischen Praxis vorliegenden Verhältnisse, eine zuverlässige Prüfung der bakteriologischen Beschaffenheit der Hände nach Anwendung der verschiedensten Desinfektionsverfahren gestattet.

Für eine derartige Methode ist die Erfüllung folgender 3 Forderungen unerlässlich.

1) Jede Möglichkeit irgend welcher nachträglicher Verunreinigung der desinficirten Versuchshände muss während der ganzen Dauer des Versuchs unbedingt ausgeschlossen sein; die Hände dürfen nur mit absolut sicher sterilisirten Gegenständen in Berührung kommen, und jede Möglichkeit der Verunreinigung durch auffallende Luftkeime muss ausgeschaltet werden.

Diese Forderung wird erfüllt durch die Verwendung eines sterilen Kastens, in dessen keimfrei gemachtem Raume die ganze Prüfung der Hände vorgenommen wird; derselbe wird demonstrirt.

2) Die mit jeder länger dauernden chirurgischen Operation nothwendig verbundene Aufweichung und mechanische Abnutzung der Hände muss im Versuche durch äquivalente Hantirungen herbeigeführt werden.

Dies wird im sterilen Kasten dadurch erreicht, dass die Hände längere Zeit im heißen Wasserbade gewaschen, mit Sand gescheuert, und mit dem scharfen Löffel abgeschabt werden; diese Manipulationen, eben so wie die nachfolgenden Händeprüfungen, müssen auf die gesammte Oberfläche beider Hände ausgedehnt werden.

3) Durch die Art der Keimabnahme muss eine reichliche Abstreifung vorhandener Keime von den Handflächen garantirt sein, und der Modus der Aussaat muss eine exakte Prüfung der aufgegangenen Keime in qualitativer und quantitativer Beziehung ermöglichen.

Zu diesem Zwecke erfolgt die Abnahme mit harten Hölzchen, zum Schlusse mit dem scharfen Löffel; Hölzchen, wie Hautgeschabsel, werden in Wasser suspendirt, die Keime durch längeres Schütteln von den Hölzchen losgesprengt und hierdurch gleichmäßig im Wasser vertheilt; endlich wird Wasser sammt Hölzchen und Hautgeschabsel mit flüssigem Agar gut vermischt und in Petri'sche Schalen übertragen.

Nach dieser, an der Hand eines Desinfektionsversuchs eingehend beschriebenen Versuchsanordnung wurden mit der Heißwasser-Alkoholdesinfektion (nach Ahlfeld's Vorschriften) 12 Versuche ausgeführt, von welchen jeder 4 Stunden beanspruchte und das Ausgießen von etwas über 100 Platten erforderte.

Die Versuchsergebnisse, welche einerseits in Tabellenform zusammengestellt sind, andererseits an den mitgebrachten, mit Formaldehyd konservirten Agarplatten demonstrirt werden, sind folgende:

1) Von den trockenen, unvorbereiteten Tageshänden können bei allen Versuchspersonen mittels harter Hölzchen zahlreiche Keime[1] entnommen werden. Die Zahl dieser Keime wird durch Befeuchten der Hände mit sterilem Wasser vermehrt.

2) Durch ein 5 Minuten langes, intensives Waschen der Hände mit sterilem Wasser, steriler Seife und steriler Bürste wird die Zahl der mit den Hölzchen entnommenen Keime nicht vermindert, sondern eher vermehrt.

3) Nach 5 Minuten langer Bearbeitung der Hände in Alkohol (96%ig) mit steriler Bürste und sterilem Flanelllappen konnten in 3 von 12 Versuchen (25%) mit den Hölzchen keine Keime von den Händen abgenommen werden. Bei den übrigen 9 Versuchen gingen durchschnittlich wenige[2] Keime auf.

4) Nach 10 Minuten langem Verweilen der Hände unter Waschbewegungen in einem Handbad von ca. 42° C. blieb das Waschwasser in 2 von 12 Versuchen steril ($16^2/_3$%). Bei den übrigen 10 Versuchen waren darin 7mal wenige und 3mal viele Keime vorhanden.

---

[1] Unter »Keimen« sind hier solche Mikroorganismen verstanden, welche sich auf Agar-Agarnährböden bei 37,5° zu Kolonien entwickelten. Der Agar-Agarnährboden war nach der Vorschrift von Krönig und Paul bereitet. (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXV. p. 17 [1897].) Die Kulturen wurden 8 Tage lang beobachtet.

[2] Der Ausdruck »wenige« bedeutet 1 bis ca. 20 Keime, »viele« ca. 20 bis 80 Keime und »sehr viele« die Zahlen darüber hinaus.

5) Nach diesem Handbad konnten nur in 1 von 12 Versuchen keine Keime mit den Hölzchen entnommen werden (8,5%). Bei 9 Versuchen wurden wenige und bei 2 Versuchen viele Keime entnommen.

6) Nach 5 Minuten langem Reiben der Hände mit Sand und Wasser von cirka 42° blieb der Sand in 2 von 12 Versuchen ($16^2/_3$%) steril (bei derselben Versuchsperson). In 6 Versuchen waren darin wenige, in 2 Versuchen viele und in 2 Versuchen sehr viele Keime vorhanden.

7) Nach diesem Sandbade konnten in allen 12 Versuchen mit den Hölzchen Keime von den Händen entfernt werden. Bei 10 Versuchen wurden wenige und bei 2 Versuchen viele Keime entnommen.

8) Von den durch die Bäder und mechanische Bearbeitung stark macerirten Händen ließen sich mit dem scharfen Löffel leicht reichliche Epidermistheile abschaben. Diese Geschabsel blieben bei keinem von 10 Versuchen steril. Bei 6 Versuchen waren wenige, bei 4 Versuchen viele Keime vorhanden.

Vorstehende Ergebnisse lassen sich dahin zusammenfassen:

Normale, mit zahlreichen Keimen behaftete Tageshände erleiden durch die Heißwasser-Alkoholdesinfektion (nach Ahlfeld's Angaben) eine derartige Änderung in ihrer bakteriologischen Beschaffenheit, dass ihnen im Vergleich zu vorher nur sehr wenige Keime mit harten Hölzchen entnommen werden können. Nach längerem Aufenthalt der Hände in warmem Wasser und wiederholter mechanischer Bearbeitung wird die Abnahme von mehr oder weniger zahlreichen Keimen in allen Fällen ermöglicht. (Selbstbericht.)

Diskussion: Döderlein hat schon vor einiger Zeit darauf hingewiesen, dass wir keine Methode haben, um die Haut der Hände bis in die Tiefe hinein keimfrei zu machen. Er verwahrt sich entschieden gegen die von Gottstein und Blumberg gegen ihn wegen seiner Meinungsänderung erhobenen Angriffe. Die Frage der Trikothandschuhe hat sich nicht geändert, nur bezüglich der Herkunft der in den Trikothandschuhen erscheinenden Keime glaubt D., dass dieselben nicht nur aus der Luft, sondern auch aus der Haut der bis jetzt nicht vollkommen desinficirbaren Hände stammen. Ein öfteres Wechseln der Handschuhe während der Operation erscheint ihm undurchführbar.

Krönig (Leipzig) ist bei seinen Versuchen über Händedesinfektion im Gegensatz zu Sarwey von einer bestimmten Bakterienart ausgegangen, der Dauerform des Milzbrandbacillus. Bei Sarwey müssen je nach den vorhandenen Dauerformen die Versuche verschieden ausfallen.

Nach K.'s Versuchen ist die Heißwasser-Alkoholdesinfektion nicht im Stande, unsere Hände steril zu machen. Die Alkoholwaschung hat den Erfolg, dass unmittelbar nach derselben sehr wenige Keime von der Oberfläche entnommen werden können; werden die Hände wieder aufgeweicht, so erscheinen die Bakterien von Neuem.

Als beste Desinfektionsmethode empfiehlt K. die Waschung mit heißem Wasser und unmittelbar danach mit Sublimat 1:1000.

Reinbach: In der Mikulicz'schen Klinik sind seit Einführung der Trikothandschuhe die Resultate zweifellos gebessert worden.

Kümmell hat bereits vor 15 Jahren Versuche über Händedesinfektion angestellt, die im Wesentlichen dieselben Ergebnisse hatten, wie die von Sarwey.

v. Eiselsberg: In der Königsberger Klinik ist es niemals gelungen, mit der Heißwasser-Alkoholdesinfektion vollkommene Keimfreiheit der Hände zu erzielen. Die Resultate der Wundbehandlung sind seit Einführung der Handschuhe entschieden bessere geworden.

Steinthal hat keine Besserung des Wundverlaufs nach Einführung der Handschuhe gesehen. S. betont, wie wichtig es ist, während der Operation die Hände öfters zu waschen, und die Wunden mit den Händen möglichst wenig zu berühren.

Englisch (Wien): **Das infiltrirte Carcinom der Blase.**

E. bespricht die Pathologie und Therapie dieser seltenen Erkrankung. Die Carcinomatoseinfiltration beginnt in der Regel in der Muscularis, die Schleimhaut selbst leidet nicht, auf dem Durchschnitt erscheint die Blasenwand weiß, mit eingestreuten blässeren Stellen. Die Begrenzung ist in der Regel eine sehr scharfe, nur in den letzten Stadien zeigt sich auch eine Infiltration der Blasenumgebung.

Die Symptome sind ähnlich wie bei der koncentrischen Hypertrophie: ballonartige Geschwulst, über die Symphyse hinausragend, auffallende Härte, Lähmung der Harnentleerung.

Die Differentialdiagnose von der Prostatahypertrophie ist sehr schwierig und wohl nur mit Hilfe der Cystoskopie möglich. Eine erfolgreiche Behandlung kann nur in der Exstirpation der Blase bestehen.

A. Martin (Greifswald): **Zur Ureterenchirurgie.**

M. unterscheidet in therapeutischer Hinsicht die Fälle von frischer Ureterenverletzung von den Fistelfällen. Wenn auch zur Zeit im Puerperium die meisten Fälle zur Beobachtung kommen, mehren sich doch auch die operativen Verletzungen, und zwar braucht es nicht immer die direkte Durchschneidung, Unterbindung oder Abklemmung des Ureters zu sein, auch durch Anstechen bei der Naht sah M. Verletzungen entstehen — in 2 Fällen kam es durch Verziehung der Nachbarschaft in Folge der Naht zur Verlegung des Ureters (†). Bei Verletzung des Ureters im Verlauf vaginaler Operationen empfiehlt sich die Einnähung der Mündung in die Blase; bei abdominalen Operationen wird man je nach der Sachlage die Anastomose durch Invagination der durchschnittenen Enden oder die Implantation ausführen. Bei den Fisteloperationen liegt die Schwierigkeit in der bestehenden narbigen Verziehung und der häufig komplicirenden ascendirten Erkrankung der Niere. Bei günstigen Verhältnissen wird man auch hier die Implantation in die Blase von der Scheide aus machen, jedenfalls nur in ganz besonderen Fällen mehr den Uterus opfern dürfen. In den übrigen Fällen wird man von der geöffneten Bauchhöhle aus unter Kombination des intra- und extraperitonealen Verfahrens vorgehen. Für ein rein extraperitoneales Verfahren fehlen meist die Voraussetzungen — Abwesenheit von Narben- und Schwielenbildung, Verwachsungen und entzündlichen Störungen. M. hat in einem ausführlich mitgetheilten Falle nach 2maligem vergeblichen Versuche, die Fistel von der Scheide aus zu schließen, durch Operation von der Bauchhöhle aus und extraperitoneale Implantation des Ureters in die Blase Heilung erzielt. Auf die Drainage wird M. in solchen Fällen in Zukunft verzichten.

Diskussion: Wertheim (Wien) war in einem Falle von Blasencarcinom und in einem Falle von Sarkom des linken Ovariums genöthigt, ein Stück des in die Geschwulst aufgegangenen Ureters zu reseciren und das resecirte Ende in die Blase zu implantiren. Auch in einem Falle unbeabsichtigter Verletzung des Ureters hat er sich mit Erfolg der Implantation höher oben in der Blase bedient.

Fritsch (Bonn) hat 2mal die Ureterenimplantation nach Witzel vorgenommen — in einem Falle hat er völlig intraperitoneal, aber unter Anwendung einer Schrägfistel implantirt. Im Princip ist F. für die abdominale Operation. Bei sehr geschwächten Individuen hält er aber auch die Exstirpation der Niere ev. für gerechtfertigt.

Amann (München) hat in 3 Fällen die Implantation des Ureters nach Witzel vorgenommen. Er hält ein extraperitoneales Vorgehen für das Zweckmäßigste.

F. Krumm (Karlsruhe).

(Fortsetzung folgt.)

18) **A. Langer.** Divertikelbildung mit Hypertrophie der Harnblasenmuskulatur.

(Zeitschrift für Heilkunde 1899. p. 117.)

L. theilt einen Fall mit, in dem ein 38jähriger, früher gesunder Mann an häufigem Harndrang und Erschwerung der Harnentleerung erkrankte. Mit der Zeit wurde der Harn übelriechend. Die Untersuchung ergab jauchigen Harn, aber weder Striktur, noch Blasenstein, noch Prostatahypertrophie. Der hohe Blasenschnitt zeigte, dass hinter der sehr hypertrophischen Blase ein großes Divertikel saß. Die Öffnung desselben war kaum für einen Finger durchgängig. Blutige Erweiterung derselben; Drainage der Blasenhöhle. Nach 3 Wochen Tod an Harninfiltration des Beckenbodens, akuter Pyelonephritis und hämorrhagischer Pleuritis. Die Autopsie zeigte überdies, dass die Blase beträchtlich geschrumpft war. Der ganzen hinteren Blasenwand lag ein Divertikel an, das nach unten den Blasengrund beträchtlich überragte. Die hypertrophische Blasenmuskulatur erreichte eine Dicke von 1—1½ cm, während die Divertikelwand erheblich dünner war. Die Harnleiter sind auf etwa Kleinfingerdicke erweitert und mit einer starren Muskelwand versehen. In Bezug auf die Ätiologie will sich Verf. nicht mit Bestimmtheit darüber aussprechen, ob eine alte Cystitis mit Hypertrophie der Blase und sekundärer Divertikelbildung vorliegt, oder ob es sich um die primäre Entstehung eines Divertikels an einer von Geburt aus mit schwacher Muskulatur versehenen Wandpartie der Blase handelt. Den durch keine dieser Annahmen genügend erklärten hohen Grad der Hypertrophie der Blasenmuskulatur hält er für eine Folgeerscheinung des Vorhandenseins des Divertikels. Er nimmt dabei an, dass die Blasenmuskulatur, indem sie bei jeder Kontraktion einen Theil des Urins in das Divertikel presste, todte Arbeit verrichtete und in Folge dieser Mehrleistung im Lauf der Zeit hypertrophirte, in gleicher Weise wie dies bei Mitralinsufficienz mit dem linken Herzventrikel der Fall ist. Diese bis jetzt nicht berücksichtigte Erklärungsweise der Blasenhypertrophie bei bestehendem Divertikel dürfte wohl Einiges für sich haben. (Ref.) **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

19) **L. Crick.** Ödematöses Fibrom der Blase. (Übersetzt von Dr. Dreysel, Leipzig.)

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 8.)

Ein 5jähriger Knabe wurde im Zustand vorgeschrittener Kachexie mit den klinischen Erscheinungen der Urinretention in die Klinik Verhoogen's gebracht. Der vorgenommene hohe Blasenschnitt stellte eine mandarinengroße, weiche, lappige, am Fundus mit schmalem Stiel befestigte Geschwulst fest, die entfernt wurde. Während der Operation riss das Bauchfell ein, Darm fiel vor. Der Bauchfellriss wurde durch die Naht verschlossen — am 2. Tag nach der Operation gaben die Nähte bei einer heftigen Anstrengung des Pat. nach, wieder fiel Darm vor, und am 5. Tage ging der Pat. an »Kachexie« zu Grunde.

Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als myxomatöses Fibrom der Blase.

F. Krumm (Karlsruhe).

20) **Muus.** Über die embryonalen Mischgeschwülste der Niere.

(Virchow's Archiv Bd. CLV. p. 401.)

Im pathologischen Institute zu Marburg untersuchte M. 6 Nierengeschwülste, von welchen 5 von Kindern, 1 von einer Erwachsenen stammte. Dieselben gehörten trotz mancher Verschiedenheiten einer bestimmten Gruppe von Nierengeschwülsten an. Sie lagen unter der Nierenkapsel, falls sie nicht durch excessives Wachsthum dieselbe an einer oder mehreren Stellen durchbrochen hatten, reichten in der Tiefe bis zum Hilus, drängten das erhaltene Nierengewebe vor sich her, so dass es der Geschwulst kappenartig aufsaß, allmählich in dessen Oberfläche übergehend, und machten vollkommen den Eindruck eines gewucherten Theiles der Niere selbst. Mikroskopisch zeigten die Geschwülste sarkomähnliche Struktur mit eingelagerten drüsenartigen Schläuchen, wobei die verschiedensten Zwischenformen und Übergangsstellen zwischen beiden zu beobachten waren. Die zwischen

Geschwulst und Niere vorhandene Bindegewebskapsel ging in das Nierengewebe allmählich über, enthielt in allen Fällen mehr oder weniger zahlreiche, wie gerade Kanälchen gebaute, mit der Oberfläche parallel laufende Harnkanälchen, welche in einzelnen Fällen zweifellos mit Geschwulstzellen im Zusammenhange standen. Wegen des Baues der Geschwulst und ihres so häufigen Vorkommens gerade bei Kindern muss ihre Entwicklung mit dem Fötalleben in Beziehung gebracht werden. und zwar wahrscheinlich in der Weise, dass ein abgegrenzter, größerer oder kleinerer Theil der Nierenanlage, statt seine normale Ausbildung fortzusetzen, in einer frühen Zeit des Fötallebens eine pathologische Wucherung eingeht. Es wird dies aus der großen Ähnlichkeit zwischen embryonalem Nierengewebe und den Geschwülsten, welche in einer großen Anzahl der untersuchten Fälle hervortrat, geschlossen. **F. Pels Leusden** (Berlin).

21) **Tuffier.** L'hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligatures (angiotripsie).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 552.)

T. machte die vaginale Hysterektomie ohne Unterbindungen und Verweilklammern mittels Angiothrypsie bei 23 Pat., und zwar 12mal wegen Beckeneiterungen, 2mal wegen doppelseitiger Beckeneiterung, komplicirt mit Hämatocele, 8mal wegen Fibrom, von denen 1 mit eitriger Salpingitis, 1 mit Prolaps komplicirt war, 1mal wegen Cervixcarcinoms. Von den 23 Operirten verlor er nur eine an doppelseitiger Adnexeiterung leidende Frau an Peritonitis, eine zweite an Pneumonie nach Influenza 8 Tage nach der Operation. **Reichel** (Chemnitz).

Berichtigung, betreffend meinen auf dem 28. Chirurgenkongresse gehaltenen Vortrag über: „Physiologische Beiträge zur Gastroenterostomie“.

Von

*Dr. **G. Kelling**, Dresden.*

In den soeben erschienenen Verhandlungen des diesjährigen Chirurgenkongresses findet sich in dem Referate meines Vortrags ein so wesentlicher Druckfehler, dass ich mich verpflichtet fühle, denselben an dieser Stelle zu berichtigen.

Der betreffende Passus lautet: Theil I, p. 71:

> *»Die Entfernung zwischen der Magen-Dünndarmfistel und einer noch dazu angelegten Enteroanastomose darf nicht beliebig genommen werden. Antiperistaltisch eingeschaltete Darmtheile werden im obersten Theile des Dünndarms keineswegs eben so gut vertragen wie im unteren Theile. Nach den Erfahrungen von Mikulicz kann man die zulässige Entfernung der beiden Anastomosen auf 20 cm annehmen.«*

Anstatt 20 cm muss es aber 10 cm heißen. In dieser Entfernung führt Herr Geh.-Rath v. Mikulicz die Enteroanastomose mit dem besten Erfolge aus. Bei 6 Gastroenterostomien hatte ich im letzten Jahre Veranlassung, die Enteroanastomose hinzuzufügen, und habe ich präcise darauf geachtet, dass am zuführenden Schenkel die Entfernung der Anastomosen nicht mehr als 10 cm betrug. Am abführenden Schenkel habe ich natürlich die Strecke auch etwas länger genommen. Bei allen Fällen war die Funktion prompt. 20 cm Entfernung zu nehmen halte ich für gefährlich. Aus der Litteratur ist zu entnehmen, dass schon 15 cm zu lang sein kann. So bestand in einem derartigen Falle nach der Gastroenterostomie die Erscheinung von Rückfluss des Mageninhalts in den zuführenden Schenkel.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 49. Sonnabend, den 9. December. 1899.

(Aus der Universitätsfrauenklinik zu Breslau.)

Ein einfacher Kontrollapparat für Dampfsterilisiröfen[1].

Von

Dr. **Sticher,** Volontärassistent.

In seinem Vortrage »Über die neuesten Bestrebungen, die aseptische Wundbehandlung zu vervollkommnen« stellte v. Mikulicz[2] auf dem XXVII. Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie das Postulat auf, der Operateur müsste eine sichere Gewähr dafür besitzen, dass das ihm vorgelegte Material (Tupfer, Kompressen, Ver-

[1] Der hier beschriebene Apparat wird von der Firma F. und M. Lautenschläger in Berlin geliefert.

[2] Verhandlungen, s. Centralblatt für Chirurgie 1898. No. 26.

bandstücke), welches mit der Wunde in Berührung kommen soll und keimfrei gemacht werden kann, auch wirklich in jedem Einzelfalle in ausreichender Weise dem als wirksam erkannten Desinfektionsverfahren unterworfen worden ist.

Der Erste, welcher überhaupt eine Kontrolle der Sterilisirapparate auszuüben suchte, war Quénu[3]. Er verwandte zur Sterilisirung die heut zu Tage als weniger wirksam erkannte trockne Hitze und zur Kontrolle einerseits Legirungen (Wismuth und Zinn, Schmelzpunkt 130—143°), andrerseits Chemikalien (Schwefel, Schmelzpunkt 112 bis 117°; Benzoesäure, Schmelzpunkt 121°), aus deren Formveränderung (sie wurden in Stäbchenform mit dem zu sterilisirenden Material zugleich eingebracht) er schloss, dass die beabsichtigte Temperatur im Innern des Heißluftsterilisators erreicht worden war.

v. Mikulicz[4] verwandte Jodstärkekleister-Streifen, deren Entfärbung uns anzeigt, 1) dass heißer Dampf (welcher intensiver bakterientödtend wirkt) und nicht trockene Hitze auf die keimfrei zu machenden Stoffe einwirkte; 2) dass der Dampf ein bestimmtes Minimum von Temperatur erreicht hat (bei geringerer Temperatur des Dampfes ist eine ungleich längere Einwirkungsdauer erforderlich), und 3) dass die Einwirkung ein gewisses Minimum an Zeit gedauert hat (in der Dicke der aufgetragenen Jodstärkekleister-Schicht liegt ein die Entfärbung des Streifens verlangsamendes Moment).

Als einen exakter arbeitenden Apparat bezeichnet v. Mikulicz[5] eine von seinem Assistenten Dr. Mathias konstruirte Kontrolluhr. Die sogenannte »Kompensationsunruhe« derselben kommt erst dann in Gang, wenn die 2 Komponenten der »Unruhe« (Eisen und Bronze) durch den entsprechenden Hitzegrad eine derartige Krümmung erhalten, dass ein bis dahin arretirend wirkender Zapfen außer Funktion tritt. Beim Erkalten der »Unruhe« gelangt derselbe wieder zur Wirkung. So kann man an der auf einen bestimmten Hitzegrad geaichten Uhr die Zeit, während welcher derselbe innegehalten wurde, direkt ablesen.

Die Methode Quénu's ist unzureichend, da wir wohl erfahren, welcher Temperaturgrad erreicht wird, nichts jedoch über die Zeitdauer seiner Einwirkung. Einen principiellen Fortschritt bedeutet das Verfahren v. Mikulicz'; hier sollen wir auch über die Dauer der Hitzeeinwirkung Auskunft erhalten. Nur scheint mir die Jodkleisterstreifen-Methode, welche nebenbei den großen Vorzug der Einfachheit hat, diese Auskunft nicht in stets gleichmäßig exakter Weise geben zu können. Die Verzögerung des Eintretens der Kontrollreaktion (Entfärbung des Streifens) wird durch dickes Auftragen des Jodstärkekleisters erzielt; dabei können die einzelnen Streifen unmöglich in stets gleicher Weise hergestellt sein; dann müssen sich

---

[3] Semaine méd. 1892. p. 203.
[4] l. c.
[5] l. c.

auch, je nach der Herstellung, zeitliche Differenzen im Eintreten der Reaktion ergeben. Andererseits haben wir nicht die absolute Garantie dafür, dass das erwünschte Temperaturminimum erreicht wurde; denn auch Dampf von niedrigerer Temperatur löst — freilich erst bei etwas längerer Einwirkungszeit — den Kontrollmechanismus aus.

Die exakter arbeitende Uhr bezeichnet v. Mikulicz selbst als zu kostspielig, um in jedem Verbandstoffballen Verwendung finden zu können; sie soll mehr als Aichinstrument für Desinfektionsapparate dienen.

Gleichzeitig mit den Versuchen in der Breslauer chirurgischen Klinik wurden solche in dem hiesigen hygienischen Institute angestellt. Über die Ergebnisse dieser Versuche, die ich in der hiesigen Kgl. Frauenklinik zum Abschluss brachte, habe ich im Einzelnen noch nicht berichtet. Den von mir konstruirten Kontrollapparat hatte Herr Geheimrath v. Mikulicz die Güte, zugleich mit den in seiner Klinik gebräuchlichen Kontrollvorrichtungen bei der erwähnten Gelegenheit[6] zu demonstriren.

Die folgende kurze Darstellung der Erwägungen, die meinen Versuchen zu Grunde lagen, so wie die Beschreibung meines Apparats mögen die Zuverlässigkeit seiner Angaben, die leichte Art der Handhabung bei geringem Volumen und geringem Kostenpreise, d. h. die praktische Verwendbarkeit des Apparats darthun.

Die Maximaltemperatur in den Sterilisirapparaten mit strömendem Wasserdampfe ist an verschiedenen Stellen ungleich hoch; sie ist im Innern eines Verbandstoffballens geringer als an der Oberfläche (Koch, Gaffky, Löffler[7]).

Die Maximaltemperatur in den gebräuchlichen Sterilisiröfen, die mit strömendem Wasserdampfe arbeiten, betrug — wie zahlreiche eigene Messungen mit geaichten Maximalthermometern unter verschiedenen Bedingungen ergaben — selbst im Innern von Verbandstoffballen stets mehr als 98,3°.

Zum Abtödten von Milzbrandsporen genügt 10 Minuten lange Einwirkung von strömendem Wasserdampfe von 95° (Koch, Gaffky, Löffler[8]).

Das Kontrollobjekt, welches uns dafür bürgt, dass durch unseren Sterilisirapparat in einem an den Operationstisch gereichten Verbandstoffkonvolut überall selbst die widerstandsfähigsten pathogenen Mikroorganismen abgetödtet wurden, muss also erkennen lassen, dass auf den Kern des Verbandstoffballens eine zwischen 95° und 98° (womöglich nahe an 98°) liegende Temperatur im Minimum 10 Minuten lang eingewirkt hat.

Legirungen, die angeblich einen stets gleichen Schmelzpunkt in der erwünschten Temperaturlage haben, erwiesen sich bei vielfach

---

[6] l. c.
[7] Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte Bd. I. p. 322ff.
[8] l. c.

wiederholten Versuchen (Präparate von Lautenschläger, Rohrbeck, Hartmann) als nicht konstant genug; ihr Schmelzpunkt differirte um 2—6°; sie sind dabei sehr theuer und nur einmal verwendbar.

Konstant erwies sich ein chemischer Körper aus der Reihe der Kohlenwasserstoffe, das Phenanthren; dasselbe schmilzt (Präparat von Kahlbaum-Berlin) bei 98°; es ist unbegrenzt haltbar, dabei sehr billig (1 g = 35 Pfg.) und zum gleichen Zwecke stets wieder zu verwenden.

Um nun sicher zu sein, dass die Temperatur von 98° mindestens 10 Minuten auf unser der Kontrolle dienendes Mittel eingewirkt hatte, mussten wir der Temperatur von 98°, welche ja an sich im Stande ist, unseren Kontrollmechanismus auszulösen, ein Hindernis in den Weg legen, dessen Überwindung sie mindestens 10 Minuten Zeit kostet.

Diese Verzögerung des Eindringens der Temperatur erreichen wir, indem wir die Phenanthrenmenge, welche den Kern unseres Apparats bildet und von der Temperatur von 98° zum Schmelzen gebracht werden soll, vergrößern und die Hülle, welche diesen Kern umgiebt, verstärken. Der Kern wird am zweckmäßigsten von 2 Glashüllen umgeben, deren direkte Berührung überall durch eine dazwischen liegende Luftschicht verhindert ist.

Da das Phenanthren, einmal verflüssigt, beim Herabsinken der Temperatur sehr rasch wieder in den festen Zustand übergeht, nimmt man eine Lageveränderung, die wir das Phenanthren im Moment des Flüssigwerdens eingehen lassen, zu Hilfe. Es krystallisirt beim Erkalten an dem einen Pole des Behälters fest an; wird es flüssig, so sinkt es bei vertikal aufgestelltem Apparate nach dem anderen Pole herunter; die Pole[9] sind durch verschiedenfarbige Ösen kenntlich gemacht.

Der nach mehrfachen Verbesserungen als brauchbar befundene Apparat (umstehend skizzirt, natürliche Größe) ist cylindrisch, 9 cm lang; 1,8 cm im Durchmesser. Er wird in das Innere eines Verbandstoffballens (Kastens) eingebracht, ein an der Öse befestigtes Bändchen zur Oberfläche des Inhalts geleitet. Ehe das im Kasten enthaltene Verbandstoffmaterial zur Verwendung gelangt, überzeugt sich der Instrumentarius durch Vorziehen des Kontrollapparats mittels sterilisirten Instruments resp. der behandschuhten Hand davon, dass der Sterilisirungsmechanismus ausreichend intensiv und lange funktionirt hat. Eine Probe mit dem umstehend abgebildeten Apparate in dem gewöhnlichen Koch'schen Dampftopfe ergab:

nach 15 Min.: Phenanthren noch fest am oberen Pole,
nach 25 Min.: Phenanthren (die ganze Menge) herabgesunken.

---

[9] Ein versehentliches falsches Einlegen (Phenanthren am unteren Pole) würde die Kontrolle vereiteln; es ist dann unmöglich, wenn der kontrollirende Assistent weiß, dass nur gleichnamige Apparate (Phenanthren überall am Pole, z. B. der schwarzen Öse) zur Vertheilung gelangten.

Der Apparat ist also auf eine noch längere Zeit »eingestellt«, als nach vorstehenden Auseinandersetzungen (Angaben Koch's etc.) zur Abtödtung der resistentesten pathogenen Keime erforderlich ist.

Nun arbeiten jedoch die meisten der modernen Sterilisiröfen nicht mit strömendem, sondern mit gespanntem Wasserdampfe.

Während in den nicht dampfdicht geschlossenen Apparaten der Wasserdampf niemals eine Temperatur von 100° erreicht, beträgt die Temperatur in den mit gespanntem Dampfe arbeitenden Sterilisir-

Fig. 1.

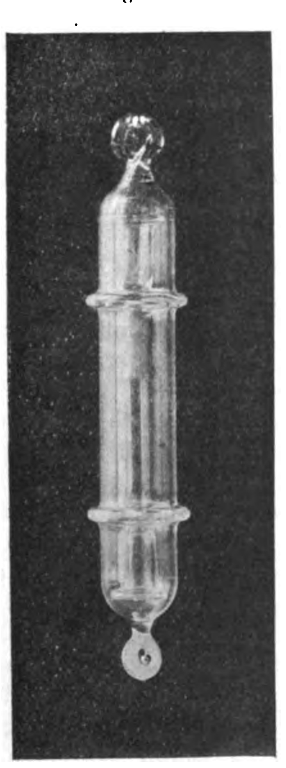
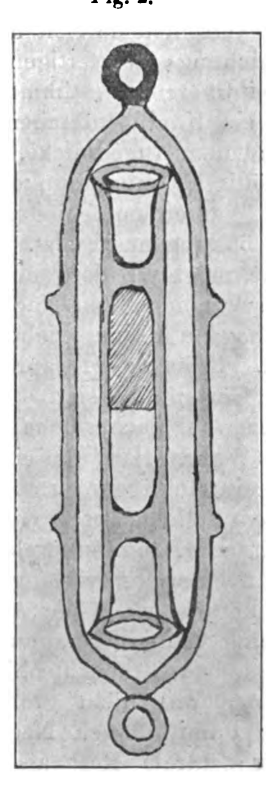


Fig. 2.



Schematisch.

öfen (Modell Lautenschläger etc.), auch im Innern von Verbandstoffballen gemessen, mehr als 104°.

Eine 15 Minuten lange Einwirkung des Wasserdampfes von 100° tödtet nach den mehrfach citirten Untersuchungen Koch's etc. nicht allein Milzbrandsporen, sondern auch die resistentesten Sporen der Gartenerde. Ein Kontrollobjekt, welches erkennen lässt, dass eine Temperatur von mindestens 104°, und zwar im Minimum 15 Minuten lang, eingewirkt hat, stellen wir uns dar, wenn wir in dem im Übrigen gleich hergestellten Apparate statt des Phenanthrens das konstant bei 104° schmelzende Brenzkatechin einschließen. Das

Brenzkatechin ist etwas hygroskopisch, daher vor Einbringung in das Röhrchen über Schwefelsäure und Ätzkali zu trocknen; dann ist es jedoch — besonders bei Anwendung eines vor Licht schützenden, dabei natürlich durchsichtigen Glases — ebenfalls auf die Dauer haltbar.

Ein derartig hergestellter Kontrollapparat wies im Salzwasserbade von 105° erst nach 16 Minuten das Brenzkatechin vom oberen zum unteren Pole heruntergesunken auf.

Es ist natürlich ein Leichtes, die beiden, für Öfen mit gespanntem und ungespanntem Dampfe bestimmten Apparate bei der Herstellung auf verschiedene Zeiten einzustellen.

Die »Aichung« des fertigen Apparats erfolgt in der Weise, dass man die Zeitdifferenz bestimmt zwischen dem Momente, wo eine geringe, in ein Kapillarröhrchen eingeschlossene Phenanthrenmenge schmilzt, und dem Augenblicke, wo die Phenanthrenmenge im Apparate eben völlig heruntergesunken ist. Kapillare und Apparat werden strömendem Wasserdampfe in einem geräumigen Kolben mit kleiner Abströmungsöffnung ausgesetzt.

Es wäre möglich, dass eine Nachprüfung der grundlegenden Koch'schen Versuche den Nachweis erbrächte, dass es noch resistentere pathogene Keime giebt als die von ihm verwandten Milzbrandsporen. Resistentere saprophytische Bakterien als seine Testsporen aus Gartenerde sind bereits gefunden worden[10]; darunter könnten sehr wohl auch solche Saprophyten sich befinden, die den ungestörten Wundverlauf in einer mehr als bisher angenommenen Weise zu beeinträchtigen vermögen.

In diesem Falle müssten wir unseren Apparat derart modificiren, dass die Zeitdauer, binnen welcher die uns maßgebende Reaktion beendet ist, noch weiter verlängert wird. Die den Kern umgebende Luftschicht könnte, wenn der Apparat nicht zu kompendiös werden soll, nur wenig voluminöser gewählt werden. Auch die Menge des Phenanthrens bezw. Brenzkatechins kann bei der oben beschriebenen Form des Apparats nicht größer genommen werden, da es sonst nur in der unmittelbaren Nachbarschaft der Wandung schmilzt, während der centrale Rest als unverflüssigter Klumpen herunterfallen kann; dieser Eventualität müssten wir dadurch vorbeugen, dass wir die Form des Apparats ändern und das Mittelröhrchen sanduhrförmig gestalten.

---

1) Reichborn-Kjennerud. La narcose et l'anesthésie locale.

(Bull. génér. de thérapeut. etc. 1899. Januar 15. u. 30.)

Verf. bespricht in recht ausführlicher Weise eigentlich nur die lokale Anästhesie und zwar, nach kurzem historischen Überblicke über

[10] Globig beschrieb (Zeitschrift für Hygiene 1887, Bd. III) im Erdboden vorkommende Bacillen, deren Sporen durch strömenden Dampf erst nach 6 Stunden, durch gespannten von 109° nach $^3/_4$ Stunde langer Einwirkung vernichtet wurden.

die anderen Methoden besonders die Infiltrationsanästhesie nach Schleich, deren begeisterter Anhänger er ist. In dem speciellen Theile seiner Arbeit werden die Operationen an den einzelnen Körpertheilen kurz durchgegangen, unter Einfügung eigener Erfahrungen.

Zum Schluss hebt Verf. die Wichtigkeit der Forderung hervor, während einer Operation unter lokaler Anästhesie alle Diskussionen und Gespräche ruhen zu lassen. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

2) **A. Bardy.** Stérilisation du catgut à l'alcool.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 98.)

In einer früheren Arbeit (ref. in diesem Bl. 1899 No. 14) hatte B. auf Grund sorgfältiger Versuche die Sterilisation des Katguts mit Alkoholdämpfen empfohlen. Die vorliegende Arbeit beseitigt einige gegen die Methode erhobene Einwände und bestätigt B.'s frühere Angaben. B. hat in den in seinen Gläsern aufbewahrten sterilen Verbandstoffen zu den verschiedensten Zeiten und bis zu 2 Jahren nach der Sterilisation völlige Keimfreiheit nachweisen können. Die Gläser, in denen Katgut in Alkoholdämpfen von 125° sterilisirt wird, widerstehen diesem Druck, der 2 Atmosphären nicht übersteigt, sehr gut. Das Katgut wird durch die Sterilisation trocken und spröde, doch genügt ein kurzes Eintauchen in 80%igen, natürlich sterilisirten Alkohol, um ihm seine frühere Weichheit und Resistenz wiederzugeben. Endlich haben Versuche gezeigt, dass mit diesem Katgut, das völlig wasserfrei ist und in Gegenwart von wasserhaltigen Geweben stark anschwillt, die stärksten Gefäße fest und dauernd ligirt werden können, ohne dass selbst nach 8 Tagen ein Nachlassen der Ligatur konstatirt werden konnte.

Jaffé (Hamburg).

---

3) **Tissot.** De l'eau oxygénée en chirurgie.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 101.)

T. empfiehlt das bei uns vorwiegend von Zahnärzten bevorzugte Wasserstoffsuperoxyd (H_2O_2) als antiseptisches, desodorirendes und blutstillendes Mittel den Chirurgen. Da gesättigte Lösungen sich rasch zersetzen, so muss man solche von 7, 8 oder 12 Vol.-Procent nehmen, die Temperaturen bis zu 50° C. widerstehen. Das Licht ist ohne Einfluss auf die Zersetzung.

T. benutzte die 12%ige Lösung und hatte zuerst große Erfolge damit nach der Operation von Nasenpolypen. Die Blutstillung trat sofort ein, der Verlauf war völlig aseptisch. Da das Mittel völlig ungiftig ist, hat es für die Kinderpraxis unbestreitbare Vortheile vor den üblichen Antisepticis. Eben so bewährte sich die Lösung bei Entfernung von Ohrpolypen und zur Desodoration bei fötider Otorrhoe. In der Chirurgie verwendete T. das Mittel bei Sequestrotomien, bei der Operation einer Sacralgeschwulst und eines großen cystischen Mammasarkoms, stets mit dem gleichen Erfolge. Seine Anwendung

ist besonders bei inficirten Wunden zu empfehlen, da es nicht, wie Sublimat, Eiweiß coagulirt und daher dauernd wirksam bleibt.

Jaffé (Hamburg).

---

4) **Schüller.** Die Schalenhaut des Hühnereies, eine epithelhaltige Membran, und ihre Verwendung zur Überhäutung granulirender Flächen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 9.)

Nach kurzer Würdigung der Transplantationsverfahren von Reverdin und Thiersch führt Verf. ein Verfahren an, dessen er sich schon längere Zeit mit Erfolg bediente, um größere granulirende Flächen zur Überhäutung zu bringen. Er benutzte hierzu die Schalenhaut des Hühnereies, welche er mit der inneren, dem Eiweiß zugewandten Seite auf die vorher vollkommen aseptisch gemachten Granulationswunden brachte und mittels sterilisirter Verbandstoffe am Verschieben hinderte. Meist schon nach 4 Tagen entfernte Verf. diese Schale wieder und konnte nunmehr eine weißliche oder weißbläuliche Epithelanlage auf der Wundfläche bemerken.

An der Hand mehrerer, in dieser Weise behandelter Fälle sucht Verf. die Zweckmäßigkeit dieser Behandlungsmethode zu begründen, die er besonders für die Fälle in Vorschlag bringt, bei denen es sich aus irgend einem Grunde nicht empfiehlt, das zur Deckung des Hautdefektes nöthige Material von dem Pat. selbst zu entnehmen (Skrofulose, Tuberkulose, Marasmus).

Im weiteren geht Verf. auf die von ihm angestellten mikroskopisch-histologischen Untersuchungen der Schalenhaut des Hühnereies näher ein, auf Grund deren er den Nachweis eines aus vereinzelten oder zu mehreren neben einander liegenden Zellen bestehenden Epithels an der Innenfläche der Schalenhaut als gelungen bezeichnet.

Schon Berthold (1886) und Haug haben früher Schalenhaut des Hühnereies zum Verschluss von Trommelfellperforationen benutzt und deren Verwendbarkeit bei Transplantationen hervorgehoben. Ohne Kenntnis von dem Vorhandensein von Epithel an der Innenseite der Schalenhaut und von anderen Voraussetzungen ausgehend, empfahl Haug die Schalenhaut mit ihrer äußeren, von der Kalkschale abgelösten Fläche aufzulegen, ein Verfahren, bei dessen einmaligem Versuche Verf. einen Misserfolg zu verzeichnen hatte.

Motz (Hannover).

---

5) **W. R. Williams.** Tumors of gigantic size.

(Lancet 1899. September 23.)

W. stellte die größten bekannten Geschwülste zusammen; sie gehören Organen an, die einer besonders intensiven postembryonalen Entwicklung unterworfen sind, nämlich dem Uterus, den Ovarien und der Mamma. Sie sind fast alle gutartig, mit Ausnahme der langsam wachsenden Sarkome. **W. Scheffer** (London).

---

6) **Festenberg** (Brandenburg a/H.). Die Untersuchung der Schusswunden mit besonderer Berücksichtigung der neuen Handfeuerwaffen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1899. Hft. 2 und 3.)

In der vorliegenden Studie wird vor Allem mit Entschiedenheit betont, dass das Sondiren der Wunden auf allen den Punkten verboten ist, wo die vollkommene Reinheit der einzuführenden Sonden oder Finger nicht sichergestellt werden kann, also auf dem Schlachtfelde selbst und auf den Truppenverbandplätzen. Müssen Sonden benutzt werden, so benutze man dicke Zinnsonden (am besten von dem ungefähren Durchmesser des Kalibers, Ref.). Im Übrigen wird mit Recht darauf hingewiesen, dass die große Durchschlagskraft der modernen Kleingewehrgeschosse einfachere Wundkanäle erwarten lässt, als bisher der Fall war (gerade Linie zwischen der Einschuss- und der meist vorhandenen Ausschussöffnung, Ref.). Diese Regel wird für die Kleingewehrgeschosse nur durch Quer- und Aufschläger so wie durch Schüsse aus großen Entfernungen durchbrochen. Dagegen trifft sie weniger zu für die Shrapnelkugeln und Sprengstücke, welche in einem späteren Kriege eine erheblichere Bedeutung für den Kriegschirurgen haben werden. Dass die Entfernung des etwa steckengebliebenen Geschosses primär zu Eingriffen nicht Veranlassung geben kann, wird hervorgehoben.

Unbedingt Recht hat Verf., wenn er wegen des geringen Durchmessers der Schussröhren durch Kleingewehrgeschosse die Diagnose der Gefäßverletzung erheblich erschwert glaubt; namentlich schließt das Fehlen einer Blutung unmittelbar nach Verwundung die Gefäßverletzung gewiss nicht aus, da es zuweilen zu Thrombenbildung kommen kann, besonders wenn Knochensplitter, nicht das Geschoss selbst, das Gefäß verletzt haben. Ferner kommt es durch Muskelverschiebungen leicht zu Absperrung der Röhre nach außen. Selbst das Fehlen des Pulses bei Verletzung einer Arterie ist nicht stets vorhanden, da die Kontinuität des Gefäßes nicht gänzlich aufgehoben zu sein braucht. Dass das Geräusch Wahl's nur unter gewissen Bedingungen entsteht, dann aber von großer diagnostischer Wichtigkeit ist, ist bekannt. Auf die Einzelheiten kann hier nicht weiter eingegangen werden. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

7) **Brackett.** Volunteer aid work in foreign territory.

(Boston med. and surg. journ. 1899. August.)

Auf Grund der während des Krieges mit Spanien gemachten Erfahrungen erörtert B. die Frage, wann und unter welchen Bedingungen bei Kämpfen in fernen Ländern die freiwillige Hilfe segensreich wirken könne. Er kommt zu dem Resultate, dass diese Art Hilfe besonders Anfangs sehr nothwendig sei, dass sie nur im Einvernehmen mit den an Ort und Stelle Befehligenden, welche am besten die Bedürfnisse kennten, geleistet werden solle, und dass sie

in einer Weise geleistet werden müsse, welche weder beim Transporte noch bei der Vertheilung die Hilfe der regulären Kräfte in Anspruch nähme. **Willemer** (Ludwigslust).

---

8) **J. A. Korteweg.** Onderbinding der Vena jugularis bij de otitische Pyaemie.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1899. No. 12.)

Auf theoretischen Grund und praktische Erfahrung gestützt erhebt Verf. Bedenken gegen den vor einigen Jahren gemachten und seitdem vielfach befolgten Vorschlag, bei einer otitischen Pyämie die Vena jugul. int. zu unterbinden.

Seine theoretischen Erwägungen gehen dahin, dass nach Unterbindung der Blutader plötzlich eine wegen der vielen Kollateralen wohl unumgänglich stattfindende Stromwendung in der Blutcirkulation durch Druckerhöhung einer Fortreißung hervorragender inficirter Thrombenpartikel Thor und Thür öffnet. Überdies seien die technischen Schwierigkeiten oft nicht unerheblich, die Gefahr des Blutverlustes und der Lufteintritt stets vorhanden, während die doch schon lange Operationsdauer durch diesen Nebenakt nicht wenig erhöht werde.

Auch die Statistik spricht in diesem Sinne, wie schon A. Jansen (Volkmann's Sammlung etc. No. 35) seiner Zeit nachdrücklich betont hat.

In dem vom Verf. beobachteten und referirten Falle handelte es sich um eine einseitige alte Otorrhoe, wozu vor kurzer Zeit ein pyämisches Fieber sich gesellt hatte, verursacht durch eitrige Erweichung eines Thrombus, der, im Sinus transv. entstanden, bis zum Bulbus jug. sup. reichte. Pat. wurde einer operativen Behandlung unterworfen, zunächst ein putrides Cholesteatom entfernt und der vereiterte Thrombus im Sinus sygmoideus geöffnet, wobei noch ein eben so putrider subduraler Abscess entleert wurde. Obwohl im Anfang der Erfolg befriedigend schien, musste doch 6 Tage später aufs Neue eingegriffen werden, da Frösteln mit immer größerer Intensität sich zeigte. Dieses Mal wurde die Vena jug. int. so hoch wie möglich bloßgelegt und eingeschnitten. Der Eiter, der gleich darauf sich entleerte, entstammte gewiss der Blutader, wie aus dem Umstande zu erkennen war, dass eine Sonde in die glattwandige Höhle hoch eingeführt werden konnte und das nachher eingespritzte Jodoformglycerin aus dem Sinus am Schädeldach herausfloss. Dieser zweiten Operation folgte ohne Zwischenfall Heilung.

Wie gesagt widerräth Verf. zur Bekämpfung der Pyämie nach eitriger Mittelohrerkrankung die Unterbindung der Vena jedenfalls. Er handelt wie im oben kurz referirten Falle. Wenn nicht eine deutliche Phlegmone am Halse die Freilegung der Vena jug. ohne Weiteres gebieterisch anzeigt, so operire man zunächst nur am Schädel. Erst sich wenn nachher zeigt, dass die pyämischen Erscheinungen nicht verschwunden sind, wird eine selbst geringfügige Schwellung

und Schmerzhaftigkeit die Bloßlegung der V. jug. int. hoch oben nothwendig machen. Wird gegen Erwarten das Gefäß mit strömendem flüssigem Blute gefüllt gefunden, so hat man Weiteres nicht zu machen, die Ligatur jedenfalls zu unterlassen. Ist dagegen das Gefäß Sitz eines Eiterherdes, so wird dieser durch Einschnitt entleert und wie ein einfacher Abscess behandelt. Wird die Jugul. kollabirt gefunden und schwillt sie bei centralem Drucke nicht auf, so soll sie central unterbunden und oberhalb der Ligatur durchschnitten werden zur Tamponade des höheren Venentheiles.

G. Th. Walter ('s Gravenhage).

---

9) **J. Ransohoff.** Decortication of the tongue in the treatment of lingual psoriasis.

(Annals of surgery 1899. Mai.)

Verf. empfiehlt bei Psoriasis linguae, die lokaler und interner Behandlung länger als 1 Jahr widersteht, die Excision der erkrankten Schleimhaut und der unterliegenden Muskelbündel. Bericht über einen Fall, wo über die Hälfte der Zungenoberfläche excidirt wurde. Heilung nach 3 Wochen. **W. Hirt** (Breslau).

---

10) **Cobb.** Peritonsillar abscess.

(Boston med. and surg. journ. 1899. Juli.)

Verf. ist auf Grund seiner Beobachtungen und seiner Injektionsversuche der Ansicht, dass die peritonsillären Abscesse sich nicht in der unmittelbaren Umgebung der Mandeln, sondern im — von Chiari und Zuckerkandl beschriebenen — pharyngo-maxillären Raume entwickeln. Der hintere Theil dieses Raumes, in welchem die großen Gefäße liegen, wird durch ein vom Styloglossus und Stylopharyngeus gebildetes Septum von dem vorderen so wirksam getrennt, dass der Eiter sich nur in seltenen Fällen seinen Weg entlang den großen Gefäßen bahnt. Der Abscess liegt also zwischen Constrictor phar. sup. und Pterygoid. int. Durch Verschiebung der durchschnittenen Muskelfasern nach der Eröffnung des Abscesses erklärt sich die oft ungenügende Wirksamkeit des ersten Einschnitts.

Willemer (Ludwigslust).

---

11) **F. Kermauner.** Zur Kenntnis des makroskopischen Baues der Parotis.

(v. Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIX. Hft. 4.)

Verf. hat auf Anregung Nicoladoni's den extra- und intraglandulären Verlauf des Ductus Stenonianus, über welch letzteren bei den verschiedenen Autoren noch sehr verschiedene Ansichten herrschen, einer genauen Untersuchung unterzogen. Dazu hat er sich vornehmlich injicirter Präparate bedient. Nächst den diesbezüglichen Studien an der Parotis einzelner Thiere, wie Reh, Hund, Schaf und Pferd, sind es selbstverständlich die Verhältnisse am Menschen,

welche besondere Berücksichtigung finden. K. zeigt nun mancherlei Variationen, welche die so verschiedenen Ansichten der Autoren erklären. Der verschiedenartige Bau der Drüse selbst, die Art, Größe und Stärke der einzelnen Rami des Ductus Stenonianus (praeauricularis und postauricularis), das Verhältnis zwischen Nervus facialis und den Ausführungsgängen und der Drüse selbst sind ganz besonders berücksichtigt, sodass die Lektüre der Arbeit eben so für den Anatomen wie den Chirurgen interessante Einzelheiten bietet.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

12) **C. N. Dowd.** Tubercular cervical lymph nodes.

(Annals of surgery 1899. Mai.)

Verf. unterscheidet einen vorderen und einen hinteren Strang von Lymphdrüsen, die sich unter dem Kopfnicker treffen. Die Drüseninfektion geht vom Rachen aus, Tuberkelbacillenbefund in Mandeln und Rachenmandel wird erwähnt. Zur Diagnosestellung in zweifelhaften Fällen wird Tuberkulineinspritzung empfohlen. Verf. empfiehlt zur Operation, die er in den meisten Fällen für erforderlich hält, einen Schnitt längs des Kieferrandes bis zum Processus mastoideus, dann abwärts entlang der Haargrenze. Er schneidet den Kopfnicker ohne Bedenken durch. Verf. operirte in den letzten 2 Jahren 35 mal, will bei der Kürze der Zeit keine Schlüsse aus seinen Resultaten ziehen.

W. Hirt (Breslau).

---

13) **E. Hertoghe.** L'hypothyroidie bénigne chronique ou myxoedème fruste.

(Extrait de la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.)
Paris, **Masson et Cie.** 1899. 51 S. mit Abbildungen.

Verf., der schon eine Reihe von Arbeiten zur Myxödemfrage geliefert hat, über welche zum Theil bereits im Centralblatt für Chirurgie referirt wurde (cf. 1896 p. 152, 1897 p. 18, 1898 p. 836 und 1030), macht in vorliegender Abhandlung den Versuch, eine Reihe von Erscheinungen, die wir sonst von ganz anderen Gesichtspunkten aus zu betrachten gewohnt sind, der mangelhaften Thätigkeit der Schilddrüse zuzuschreiben und unter obigem Namen ein neues Krankheitsbild aufzustellen, dessen charakteristische Symptome bei weiblichen Erwachsenen — die Beschreibung der Affektion beim männlichen Geschlecht ist einer späteren Arbeit vorbehalten — folgende sein sollen:

In der Familie der Pat. sind schon Fälle von ausgesprochenem Myxödem oder von Hypothyreosis (wozu noch Menorrhagie, Fettsucht, Blässe gehören) vorgekommen. Die Frauen sehen älter aus, als sie sind, die Kopfhaare werden frühzeitig grau und fallen aus, eben so die Augenbrauen, die Zähne werden cariös, das Zahnfleisch roth, geschwollen, oft sind die Tonsillen hypertrophisch, meist — aber nicht immer — sieht man im Rachen adenoide Vegetationen. Die Stimme hat manchmal einen falschen Klang. Ferner finden sich

Ohrensausen, Kopfschmerz, der besonders am Morgen beim Aufstehen heftig ist und gegen Abend verschwindet. Die Gebärmutter ist oft retroflektirt, von Myomen durchsetzt, die Menstruation sehr stark. Schmerzen an der Wirbelsäule zwischen den Schulterblättern, die sich besonders Nachts steigern und die Pat. nicht schlafen lassen. Muskel- und Gelenkschmerzen. Frostgefühl mit objektiver Herabsetzung der Körpertemperatur. Athemnoth, Herzklopfen, Varicen, Plattfuß, Fußschweiß. Magenschmerzen, Anschwellung der Leber, Empfindlichkeit der Gallenblasengegend (oft finden sich Gallensteine oder haben die Frauen schon an Gelbsucht gelitten). Hartnäckige Verstopfung, beständige Müdigkeit, Schlafsucht. Die Hände sind kalt, ihre Gelenke schlaff, ja »bei ein bischen Erfahrung genügt ein Händedruck, um die mangelhafte Thätigkeit der Schilddrüse einer Person zu erkennen«. Die Hauptsymptome des ausgesprochenen Myxödems (Myxoedème franc), das Ödem, die Störungen der Sprache, der Intelligenz, finden sich entweder nur angedeutet oder fehlen ganz. Bei Kindern macht sich die Hypothyreosis besonders durch das Zurückbleiben im Wachsthum, verspätetes Erscheinen der Zähne, mangelhafte Entwicklung der Geschlechtsorgane, Enuresis nocturna u. dgl. bemerklich.

Den Beweis, dass diese Symptome auf Hypothyreosis beruhen, will Verf. erbringen 1) durch den Hinweis, dass dieselben alle auch beim ausgesprochenen Myxödem vorkommen, und dass desshalb das Myxoedème fruste unmerklich in das Myxoedème franc übergehe; 2) durch die Erfolge der Therapie. Alle angeführten Symptome werden durch Verabreichung von Thyreoidintabletten gehoben, sogar der retroflektirte Uterus richtet sich auf, bei Kindern verschwinden Nabelbrüche, Gallensteinbeschwerden heben sich, Adnexgeschwülste und Myome verschwinden!

Die Ausführungen des Verf. sind aber mit großer Vorsicht aufzunehmen. Die Symptome, die er aufzählt, finden sich so unendlich häufig bei nervösen, anämischen oder an wirklichen Organerkrankungen leidenden Frauen, dass die Hypothyreosis eine der häufigsten und am leichtesten zu hebenden Krankheiten wäre und Verf. wohl mehr als die 11 Fälle, die seine Kasuistik ausmachen, zusammengebracht hätte. Auch bei diesen 11 Fällen ist es nicht ausgeschlossen, dass nicht noch andere Momente als die Thyreoidintherapie Heilung gebracht haben. Es fehlt jede Angabe, wie oft Verf. überhaupt diese Therapie in einschlägigen Fällen angewandt, und wie oft sie von Erfolg war; augenscheinlich diagnosticirt er ex juvantibus und führt nur die günstigen Fälle an. Einzelne Heilresultate sind so wunderbar, dass es zum mindesten erlaubt ist, an Beobachtungsfehler zu denken. Bezeichnend ist auch, dass in der ganzen Arbeit mit keinem Worte das Verhalten der Schilddrüse beim Myxoedème fruste erwähnt ist

F. Brunner (Zürich).

---

14) **R. Matas.** On the management of the acute traumatic pneumothorax.

(Annals of surgery 1899. April.)

Zur Behandlung des traumatisch entstandenen Pneumothorax bei Operationen an der Brust empfiehlt Verf., nachdem er das Verfahren der künstlichen Adhäsionsbildung an den Pleuraflächen zur Verhütung des Lufteintritts in die Brust voll gewürdigt hat, die Einblasung von Luft in die Lungen durch einen Tubus. Dieser wird in die Glottis eingeführt und mit einem Blasebalge in Verbindung gesetzt. Der bei dem Verfahren angewandte Fell-O'Dwyer'sche Apparat ist abgebildet. **W. Hirt** (Breslau).

15) **F. W. Parham.** Thoracic resection for tumors growing from the bony wall of the chest.

New Orleans, 1899.

Der Hauptwerth der Arbeit besteht in einer ausführlichen Wiedergabe der Krankengeschichten aller wegen bestehender Geschwülste ausgeführten Thoraxresektionen ohne (26 Fälle) und mit (51 Fälle) Eröffnung der Pleurahöhle; eine Zusammenstellung, welche bis auf das Jahr 1778 zurückgreift und manche für die Geschichte dieses Zweiges der Chirurgie interessante Einzelheiten bringt. Es folgen eine Reihe von Übersichtstabellen und Bemerkungen über die Pathologie und Therapie der Geschwülste des Brustkorbes, welche für Denjenigen, der die Arbeiten von Gerulanos und Gross kennt, nichts Neues enthalten. Erwähnt sei, dass P. in einem seiner beiden eigenen Fälle der Fell-O'Dwyer'sche Apparat zur künstlichen Respiration gute Dienste leistete. **R. v. Hippel** (Dresden).

16) 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu München.

III.

Seydel (München): **Über Deckung bei Substanzverlusten des Schädels bei 16 Fällen von Trepanationen des Schädels.**

In No. 9 und 10 der Münchener med. Wochenschrift d. J. hat Vortr. 14 von ihm vorgenommene Trepanationen des Schädels veröffentlicht und dabei das Hauptaugenmerk auf die Indikationen zur Trepanation und auf die Erfolge gelenkt. Da in den letzten Monaten noch 2 weitere Trepanationen von demselben ausgeführt wurden, so liegen dem heutigen Vortrage 16 Fälle zu Grunde. Bei der großen Ausdehnung des Kapitels der Trepanation will S. heute nur die plastische Deckung und den Verschluss des durch Operation gemachten Schädeldefekts besprechen. In 3 Fällen wurde kein Versuch gemacht, die Lücke zu ersetzen, und es trat dessen ungeachtet knöcherner Verschluss ein, weil nach Ansicht des Vortr. 2mal die Gehirnhaut intakt blieb. Sie ist die innere Knochenhaut des Schädels und besorgt hauptsächlich die Regeneration des Knochens. Die osteoplastische Schädelresektion nach Wagner hat S. 2mal ausgeführt: 1mal wegen Epilepsie 1mal wegen Gehirntumor. Der Knochen heilte anstandslos ein. Die Autoplastik

nach Müller-König hat Vortr. 4mal vorgenommen, 3mal mit Erfolg. Eben so wurde 3mal Knochen und Knochenhaut aus dem Schienbein in die Schädeldecke transplantirt. Diese Knochenstücke werden zwar mit der Zeit aufgesaugt, bilden jedoch die Unterlage und das Nährmaterial für den neuen Knochen. In den zuletzt operirten 4 Fällen hat Vortr. die Duplicität der Lappen angewendet, indem er sich neben dem Defekte einen gestielten, lediglich Knochen und Knochenhaut umfassenden Lappen bildet und diesen in die Lücke einheilt. (Selbstbericht.)

Neuber (Kiel): **Zur Hasenschartenoperation.**

Nach einseitigen Hasenschartenoperationen sieht man nicht selten, dass die Oberlippe dem Alveolarfortsatze eng anliegt, während die Unterlippe weit vorspringt. Zur Beseitigung dieses Missverhältnisses empfiehlt N., die Oberlippe in der Operationsnarbe zu spalten und einen aus der Unterlippe gebildeten 3eckigen Lappen in die Oberlippe einzusetzen. Nach 5—7 Tagen wird der Ernährungsstiel durchtrennt. Die Ernährung findet während dieser Zeit durch ein eingeschobenes Glasrohr statt.

Die von N. bereits seit 8 Jahren geübte Operation wurde vor Kurzem auch von Abbey in Amerika angegeben. **Krecke** (München).

Neuber (Kiel): **Pseudocarcinom der Unterlippe.**

Nach der Behufs mikroskopischer Untersuchung vorgenommenen Ausschabung eines Unterlippengeschwürs trat völlige Heilung ein. Heller und Doehle erklärten nach dem mikroskopischen Befunde, dass es sich um ein Carcinom handle. N. schließt aus dem günstigen klinischen Verlaufe, dass nicht jede atypische Epithelwucherung als Carcinom zu bezeichnen ist. **Krecke** (München).

G. Reinbach (Breslau): **Erfahrungen über die Therapie des Kropfes in der Mikulicz'schen Klinik.**

Nach einem Hinweis auf den Standpunkt der Klinik in der Frage der Gewebssafttherapie berichtet Vortr. kurz über die chirurgische Behandlung der Strumen in der Breslauer Klinik. Das ganze Material wird demnächst ausführlich anderwärts publicirt werden.

Seitdem v. Mikulicz die Klinik leitet (nicht ganz 9 Jahre), sind 162 gutartige Kröpfe operirt worden; 158 geheilt, 4 gestorben. (Dazu 18 Basedow-Kröpfe mit 1 Todesfall; diese werden hier nicht besprochen.) Das Material setzt sich aus sporadischen Fällen zusammen, die meist schwer sind, speciell Kompressionserscheinungen der Luftwege und sekundäre Veränderungen zeigen. 31 Fälle waren retrosternal bezw. intrathorakisch, 2 retrovisceral.

Die Punktion mit nachfolgender Injektion, die Arterienunterbindung sind aufgegeben. Stets werden Drüsentheile selbst mit dem Messer entfernt. Bei dem heutigen Stand der Technik ist die Operation auch aus kosmetischen Rücksichten unbedingt indicirt. Die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie wird in den schwersten Fällen principiell angewandt, in leichten wird auf ihrer Anwendnng nicht bestanden. Bei leichten einseitigen Operationen, besonders Enukleationen, werden Längs- und Schrägschnitte noch angewandt, bei Operationen an beiden Lappen der Kocher'sche Kragenschnitt bevorzugt. Es entstehen schöne Narben, welche sich später noch nach unten retrahiren. Die Kropfwunden werden vollständig geschlossen. Die Enukleation (Socin) wird als das souveräne Verfahren bei isolirten Knoten betrachtet. Mortalität von 62 Fällen 0% (nach Reverdin's Sammelstatistik 0,78%). Bei multiplen Knoten ist die Resektion nach Mikulicz vorzuziehen. Dieses Verfahren wird principiell in allen Fällen angewandt, wo nicht die Enukleation indicirt ist; es kann nur nochmals auf das wärmste empfohlen werden. Vortr. erinnert kurz an die Technik dieser Methode, deren letzter Akt, die eigentliche Resektion, seit 5 Jahren so ausgeführt wird, dass ein mittlerer Keil aus dem Drüsenlappen entfernt wird und die zurückbleibenden Seitenflügel sofort durch tiefe Parenchymnähte zu einer gleichsam primären Vereinigung gebracht werden. Sind beide Lappen kropfig vergrößert,

so werden beide resecirt. Vortr. erläutert die Vorzüge der Resektion nach Mikulicz und weist vor Allem auf die Vortheile des Verfahrens gegenüber der halbseitigen Exstirpation hin. Die Mortalität beträgt auf 80 Resektionen der Klinik 3,75% (nach Reverdin's Sammelstatistik 6,60%), bei Hinzurechnung der 12 sehr schweren Enukleationsresektionen, die alle geheilt sind, nur 3,2%. Die Resultate der halbseitigen Excision nach der jüngsten vorzüglichen Statistik der Czerny'schen Klinik zeigen fast die gleichen Zahlen (3%).

Vortr. erwähnt noch kurz Einiges von den unmittelbaren Folgen der Operationen, erinnert an das eigenartige, anderwärts von ihm schon besprochene Verhalten der Temperatur nach Kropfoperationen und geht zum Schluss noch auf die Enderfolge mit wenigen Worten ein. In keinem Falle trat Tetanie oder Myxödem ein, nur in einem Falle (Kretinismus) ein sicheres Recidiv.

Bezüglich interessanter vorübergehender nervöser (psychischer) Erscheinungen in 3 Fällen nach der Operation verweist er auf die ausführliche Publikation.

(Selbstbericht.)

Die Behandlung des Morbus Basedowi.

Referent Rehn (Frankfurt a/M.): Unter Hinweis auf seinen bereits 1883/84 gekennzeichneten Standpunkt über das Wesen und die Behandlung des Morbus Basedow giebt Vortr. zunächst einen kurzen Überblick über die allgemeine Atiologie und Symptomatologie der Erkrankung. Unsere völlige Unkenntnis der eigentlichen Ursache des Basedow, die Verschiedenheit seines Auftretens und Verlaufes so wie die Inkonstanz seiner Symptome bereiten der Stellung einer richtigen Diagnose oftmals die größte Schwierigkeit gegenüber den Fällen, welche aus der Fülle ihrer typischen Erscheinungen auf den ersten Blick erkennbar sind. Unter allen Symptomen verdient eine besondere Beachtung das Verhalten der Schilddrüse, welche ohne Rücksicht auf die Schwere der Erkrankung mehr oder weniger vergrößert, die für Morbus Basedow charakteristischen Veränderungen bald nur in einem Lappen, bald über die ganze Drüse verbreitet aufweist. Von dieser Thatsache einer primären Erkrankung der Schilddrüse ausgehend, welche bisher in keinem Falle vermisst wurde, kam man nach einigen zögernden Versuchen auf den Gedanken, den Basedow operativ durch Fortnahme der erkrankten Schilddrüse oder eines Theiles derselben anzugreifen, um so eine günstige Beeinflussung des Zustandes herbeizuführen. Aus der Litteratur und brieflichen Berichten der verschiedenen Operateure gelangten 319 Fälle von Kropfoperationen bei Basedow zur Kenntnis des Vortr., welche hinsichtlich des Ausganges das in folgender Tabelle mitgetheilte Resultat lieferten.

	Zahl	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben
Schwere Fälle	106	51 = 48,1%	27 = 25,5%	3 = 2,8%	25 = 23,6%
Mittelschwere Fälle	56	31 = 55,3%	24 = 42,8%	—	1 = 1,8%
Leichte Fälle	24	20 = 83,3%	2 = 8,3%	1 = 4,2%	1 = 4,2%
Litteratur	133	73 = 54,8%	26 = 27,1%	9 = 6,7%	15 = 11,2%
Summa:	319	175 = 54,8%	79 = 27,9%	13 = 4,1%	42 = 13,1%

Schon aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass die Zahl der Todesfälle post operationem (13,1%) im Gegensatz zu der guten Prognose der einfachen Strumektomie eine recht beträchtliche ist, was sich größtentheils aus der verminderten Widerstandsfähigkeit der Basedowpatienten erklärt. Es kommt außerdem hinzu die größere technische Schwierigkeit der Operation der blutreichen Basedowkröpfe und für einzelne Fälle das Zusammenvorkommen mit Thymus persistens, welche vielleicht rein mechanisch durch Herbeiführung einer Blutüberfüllung der Schilddrüse die Entwicklung eines Morbus Basedow begünstigt und mehrmals als Todesursache (Erstickung) angeführt ist. Wesentlich geringer ist wohl die Resorption von Kropfgewebe in Folge der Operation und ihre Gefahr zu veranschlagen, dagegen als absolute Kontraindikation für einen Eingriff an der Schilddrüse die-

jenigen allerdings seltenen Fälle aufzuführen, bei denen in Folge einer Erschöpfung die Drüse bereits ihre Funktionen einzustellen und der Morbus Basedow in sein Extrem, das Myxödem, überzugehen beginnt. Unter Berücksichtigung der angeführten Momente werden sich eine Anzahl von Todesfällen vielleicht vermeiden lassen. Treten nach der Operation Recidive des Kropfes auf, oder ist das Basedowgift über die ganze Drüse gleichmäßig verbreitet und sekundär vielleicht schon hartnäckige oder unlösbare Affinitäten mit Körperzellen eingegangen, so kann, da die vollständige Entfernung der Schilddrüse nicht erlaubt ist, der Erfolg nur ein theilweiser sein, mitunter sogar ganz ausbleiben. Diesen Misserfolgen nach ausgeführten Schilddrüsenoperationen aber stehen in 82,7% sämmtlicher Fälle, wie Vortr. aus seiner Statistik nachzuweisen im Stande ist, Heilungen oder doch wesentliche Besserungen aller Symptome und des Allgemeinbefindens gegenüber, was um so mehr sagen will, als sich hierunter eine ganze Anzahl schwerster Pat. in so desolatem Zustande befanden, dass dieselben ohne Operation binnen Kurzem sicher verloren schienen, durch dieselbe als ultimum refugium jedoch dauernd völlig geheilt wurden.

Neben diesen eben besprochenen, die Schilddrüse in den Vordergrund stellenden Theorien machen sich neuerdings, besonders von Frankreich ausgehend, Bestrebungen geltend, welche die Entstehung des Morbus Basedow auf einen Reizzustand des Halssympathicus beziehen und eine Heilung der Krankheit durch Ausschaltung dieses Nerven (Durchschneidung oder Dehnung) anzustreben suchen. Als beweisend für die Richtigkeit dieser Auffassung werden angeführt das Missverhältnis des Kropfes mitunter zu der Schwere des Krankheitsbildes, der einseitige Exophthalmus und die Pulsation der Gefäße, so wie die Misserfolge der Kropfoperationen, lauter Einwände, welche zum Theil auch umgekehrt durch Annahme eines von der erkrankten Schilddrüse auf das Nerven- und Gefäßsystem sich erstreckenden Reizes entkräftet und auf diese Weise ebenfalls von den Anhängern der Schilddrüsentheorie für sich in Anspruch genommen werden können. Praktisch scheint nach den Berichten eine Beeinflussung gewisser Krankheitssymptome, besonders der okularen, durch die Sympathicusoperationen nicht zu leugnen, und die Operation selbst wohl gefahrloser, aber nicht so sicher wie die Schilddrüsenoperationen zu sein; die Zeit der Beobachtung ist aber bisher noch nicht genügend zu einem endgültigen Urtheil über den Dauererfolg, im Allgemeinen stehen wir der Sache skeptisch gegenüber.

Kurz erwähnt Rehn noch ein Verfahren von kleinen Jodoforminjektionen in den Kropf, von dem er selbst mehrmals auch in schweren Fällen Erfolg gesehen hat, was jedoch in anderen völlig versagte, ferner die Exothyreopexie mit und ohne späterer Paquelinisirung des herausgenähten Kropfes, wodurch ebenfalls Besserungen im Zustande des Pat. erzielt wurden.

Im Allgemeinen soll eine interne Behandlung des Basedow stattfinden, und erst schwerere oder jeglicher Medikation trotzende Fälle dem Chirurgen zugeführt werden. Es ist dann sofort zu operiren, wenn Drucksymptome, maligne Neubildung oder Cysten vorhanden sind, während bei weichen Blutkröpfen erst eine längere Vorbereitungskur, bestehend in absoluter Ruhe und lokaler permanenter Kältewirkung, der Operation vorauszugehen hat. Als Operationsmethoden empfehlenswerth unter Lokalanästhesie kommen in Betracht als wirksamstes Mittel stets die Resektion des Kropfes oder als schonenderes Verfahren besonders bei elendem Allgemeinzustande und großen gefäßreichen Kröpfen die Exothyreopexie und Ligatur der zuführenden Gefäße, an welche man später, wenn der Erfolg nicht befriedigt, noch die Resektion anschließen kann. Nach Allem bedarf es bei der Behandlung des Morbus Basedow eines einmüthigen Zusammenarbeitens der Internen und Chirurgen ohne einseitiges Vordrängen des einen oder anderen Standpunkts.

Bode (Frankfurt a/M.).

Korreferent Sittmann (München) giebt als Einleitung eine kurze Übersicht über die seit 1893/94 zum Ausbau der Lehre von der Basedow'schen Krankheit gebrachten Beiträge.

Die Symptomatologie hat wesentliche Bereicherung nicht erfahren. Pathologisch-anatomische Untersuchungen haben es wahrscheinlich gemacht, dass der Basedow-Veränderung der Schilddrüse ein einheitlicher Process zu Grunde liegt; die Askanazy'schen Befunde an der quergestreiften Muskulatur (fettige Atrophie sind im Stande, manche Erscheinungen des Morbus Basedowi zur erklären. Physiologische Untersuchungen haben Erhöhung des Stoffumsatzes festgestellt.

Unter den einzelnen Theorien über die Pathogenese des Morbus Basedowi hat sich eine Annäherung angebahnt; die neuerstandene Sympathicustheorie und die neurogenen Theorien — Neurose, centrale oder bulbäre organische Läsion — glauben ohne Zuhilfenahme einer Störung der Schilddrüsenfunktion nicht mehr gut auskommen zu können; viele Anhänger der thyreogenen Theorie proklamiren Mitbetheiligung des Centralnervensystems. Die Streitfrage scheint S. darum sich zu drehen, was Ausgangs- und was Angriffspunkt ist. Er ist der Ansicht, dass dem einheitlichen klinischen Bilde des Morbus Basedowi eine einheitliche ätiologische Grundlage nicht entspricht. Jede Läsion des Organkomplexes — Centralorgan, Verbindungsfaser (Sympathicus und Vagus), Endorgan (Schilddrüse), dazu Kollateralen im Sympathicusgebiet und der Ernährungsapparat (Gefäßsystem) — an irgend einer Stelle kann unter Umständen zu einer specifischen Alteration der Schilddrüsenfunktion führen; die Folgen dieser zusammen mit den sonstigen Folgen des primum movens veranlassen den Symptomenkomplex des Morbus Basedowi. Die Stelle des Organkomplexes, an der die primäre Läsion eingesetzt hat, dürfte in den meisten Fällen herauszufinden sein.

Mit dieser Ansicht glaubt S. auch die hämatogene Theorie und die Auffassung des Morbus Basedowi als Reflexneurose für manche Fälle als berechtigt ansehen und die widersprechenden Berichte über therapeutische Erfolge erklären zu können.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Reinbach: In der Mikulicz'schen Klinik wurden 26 Fälle beobachtet, von denen 18 operirt wurden. Konstante charakteristische pathologisch-anatomische Veränderungen wurden nicht gesehen, es fanden sich die verschiedensten Formen. Auffallend war nur die Dünnwandigkeit und leichte Zerreißlichkeit der die Kropfkapsel überziehenden Gefäße.

Von 18 operirten Fällen ist 1 gestorben in Folge Nachblutung aus einem Ast der Art. thyreoidea superior (Hypoplasie der Gefäße anatomisch bestätigt).

Für die Dauererfolge kommen 15 Fälle in Betracht: 10mal trat vollkommener Erfolg ein (darunter 8 über 4 Jahre beobachtet).

Als Operationsverfahren wurde in den meisten Fällen die Resektion nach Mikulicz geübt.

Möbius (Leipzig) betont, dass bei allen Fällen von Basedow sich ein Adenom der Thyreoidea findet. Es ist unmöglich, dass ein Adenom durch Nerveneinfluss hervorgerufen werde.

Um während der Operation das Eindringen von Schilddrüsensaft in den Organismus zu verhüten, hat M. empfohlen, die Schilddrüsenexstirpation nicht mit dem Messer, sondern mit dem Thermokauter vorzunehmen.

Zabludowsky empfiehlt das Ausdrücken der Drüse durch Massage, außerdem Klopfungen des Rückgrats.

Kümmell hat 20mal operirt. Sämmtliche Pat. sind arbeitsfähig geworden.

Bäumler (Freiburg) fragt an, ob ein Zurückgehen der Herzgrenzen beobachtet ist.

Reinbach: Die Vergrößerung der Herzdämpfung ist in allen Fällen zurückgegangen.

v. Ziemssen hat gute Erfolge von vegetabilischer Diät gesehen.

Rumpf (Hamburg) hat sehr beträchtliche Vergrößerungen des Herzens auf die Norm zurückgehen gesehen.

Rehn hat ebenfalls ein Zurückgehen der Herzerweiterung beobachtet.

Krecke (München).

Fleiner (Heidelberg): **Neue Beiträge zur Pathologie der Speiseröhre.**

F. versucht, das Interesse der Internen und Chirurgen auf jene angeborenen Formveränderungen der Speiseröhre zu lenken, welche Fr. Arnold und Luschka als Vormagen und Antrum cardiacum bezeichnet haben. Seit seiner ersten klinischen Mittheilung auf der Naturforscherversammlung zu Frankfurt a/M. hat F. 2mal bei Leichen und 4mal bei Lebenden Vormagen beobachtet und dabei Gelegenheit gehabt, die specielle Pathologie und Therapie dieser merkwürdigen Zustände weiter auszubauen.

Ein Vormagen wird durch eine, zunächst ziemlich kleine, spindelförmige Erweiterung, seltener durch eine sackförmige Ausbuchtung der Speiseröhre dicht über dem Zwerchfell gebildet. Er kommt dadurch zu Stande, dass die sonst eine gleichmäßige Schicht bildende Längsmuskulatur der Speiseröhre bündelförmig aus einander tritt, vergleichbar den Tänien des Colons. Findet diese Spaltung der Muskelschicht am ganzen Umfang eines Speiseröhrenabschnitts statt, so entsteht eine spindelförmige Erweiterung; geschieht ersteres aber nur an einem Theile des Umfangs der Speiseröhre, so kommt eine sack- oder divertikelähnliche Ausbuchtung zu Stande.

In solchen angeborenen Spindeln oder Säcken fängt sich gelegentlich ein Theil der Nahrung und bleibt unter Erzeugung unangenehmer Druckempfindung über dem Magen stecken, bis er nach unten in den Magen befördert oder nach oben regurgitirt, ausgewürgt wird. Der letztere Vorgang hat Ähnlichkeit mit der gewohnheitsmäßigen Rumination.

Häufig entwickelt sich im Anschluss an eine Ösophagitis oder Gastritis ein Reizzustand im Vormagen, wodurch dieser aus seiner Latenz heraustritt und schwere Krankheitserscheinungen hervorruft. Vor Allem sind es spasmodische Zustände, welche zu Incarceration verschluckter Speisetheile oder hochgekommenen Mageninhalts führen und qualvolle Zustände schaffen: Beklemmung, Athemnoth und furchtbare Schmerzanfälle, »wie wenn die Brust aus einander gesprengt würde«.

Beschränkt sich eine spastische Kontraktur auf einen Pol eines spindeligen Vormagens — gewöhnlich ist dies der untere oder kardiale Pol — so treten keine Incarcerationserscheinungen auf, aber die verschluckte Nahrung und der Speichel staut oberhalb der spastischen Stenose, und zwar nicht nur im Vormagen, sondern auch oberhalb von demselben in der Speiseröhre. Auf diese Weise wird aus einem anfänglich kleinen Vormagen nach und nach ein großer Sack gebildet.

F. hat bei seinen Pat. den Rauminhalt solcher Speiseröhrensäcke gemessen und Zahlen von 75, 250, 400, 500 und über 800 ccm erhalten. Bei einer Leiche hatte der Vormagen die Größe eines Apfels, bei einer anderen die Größe einer Mannsfaust, und bei einer dritten war die Speiseröhre von einem Vormagen aus in einen Sack verwandelt, dessen Größe derjenigen des geschrumpften Magens gleichkam.

Die Beschwerden solcher Kranker sind sehr erheblich; überdies kommen diese sehr rasch in einen bedenklichen Zustand von Unterernährung, weil von der verschluckten Nahrung nur wenig in den Magen gelangt, das meiste im Vormagen sich anstaut und dem Körper durch Ausschütten verloren geht.

Die Behandlung erfordert gleich große Geduld und Ausdauer vom Arzte wie vom Kranken.

Durch regelmäßige Ausleerung des Speiseröhrensacks und nachherige Spülung desselben mittels der weichen Schlundsonde, an welche Proceduren sich unter Umständen auch die Magenspülung, jedenfalls aber die Sondenfütterung anzuschließen hat, gelang es F., nach und nach den Speiseröhrensack bis auf die ursprüngliche Größe des Vormagens (30—70 ccm) zurückzubringen und den Ernährungszustand wieder auf die normale Höhe zu heben. 4 seiner Pat. können jetzt (ohne Sonde) wieder gemischte und zur Arbeit ausreichende Kost genießen, nehmen aber noch regelmäßige Speiseröhrenspülungen vor.

Vollständige Heilungen sind bis jetzt nicht zu erzielen und wenn auch ein Vormagen in jenes latente Stadium zurückgebracht werden kann, in welchem er keine Beschwerden und keine Störungen verursacht, so bleibt er eben doch Zeit Lebens fortbestehen und mit ihm die Disposition zu Rückfällen oder, besser gesagt, zu Verschlimmerungen.

Ob hier die chirurgische Behandlung Abhilfe schaffen kann?

(Der Vortrag wird in der Münchener med. Wochenschrift publicirt.)

(Selbstbericht.)

G. Killian (Freiburg i/Br.): **Über die direkte Bronchoskopie und ihre Verwerthung bei Fremdkörpern der Bronchien.**

Durch die direkte Bronchoskopie, welche es ermöglicht, mit Hilfe passend beleuchteter, langer, röhrenförmiger Specula in gerader Richtung in die Verzweigung des Bronchialbaumes hineinzusehen unter Verdrängung der schräg verlaufenden Hauptbronchien in eine mehr gerade Verlaufsrichtung, ist es K. in mehreren Fällen von aspirirten Fremdkörpern gelungen, zu einer richtigen Diagnose zu kommen und die entsprechende Hilfe zu leisten.

K. unterscheidet die untere Bronchoskopie von einer Tracheotomiewunde aus und die obere von Mund und Larynx aus. Die erstere ist leicht auszuführen, meist ohne Narkose, nach vorheriger Bepinselung der Trachea und Bronchien mit einer 10—20%igen Cocainlösung. Die obere Bronchoskopie setzt eine besondere Übung in der Behandlung der oberen Luftwege voraus, sie ist vielfach nur in Narkose ausführbar und in akuten Fällen mit hoher Athemnoth zu riskant; in ihr Gebiet gehören die chronischen Fremdkörperfälle.

Die praktische Bedeutung der Bronchoskopie illustrirt K. durch Anführung folgender Fälle:

1) 4jähriger Knabe, Aspiration einer Bohne, Dyspnoë etc. Tracheotomie, Diagnose des Fremdkörpers im rechten Hauptbronchus durch Vornahme der unteren Bronchoskopie, Extraktion mit scharfem Häkchen.

2) 2jähriges Kind mit der durch Röntgenstrahlenuntersuchung gestützten Diagnose: Münze im linken Hauptbronchus übergeben. Es besteht Fieber, Hautemphysem etc. Zustand desolat. Tracheotomie, untere Bronchoskopie, kein Fremdkörper im Bronchialbaume. Sektion ergab Verletzung des Ösophagus mit dem Münzenfänger, septische Periösophagitis, überhaupt kein Fremdkörper vorhanden.

In 2 weiteren Fällen gelangte die obere Bronchoskopie zur Anwendung und gestattete im einen Falle die Diagnose und Extraktion eines im rechten Hauptbronchus steckenden Knochens bei einem alten Manne, im anderen Falle gab sie werthvolle diagnostische Aufschlüsse.

Es folgt die Demonstration der unteren und oberen Bronchoskopie an einem Pat.

F. Krumm (Karlsruhe).

Bardenheuer (Köln): **Zwei Verletzungen lebenswichtiger Organe.**

1) Herzverletzung durch Revolverschuss. Starke Anämie. Resektion des 5. und 6. Rippenknorpels. Freilegung des Herzbeutels, in dessen vorderer Wand eine Schussöffnung entdeckt wird. Aus dem linken Pleuraraume werden 2 Liter Blut entleert. B. glaubte eine isolirte Herzbeutelverletzung vor sich zu haben und legte eine Klammer an. Bei der Sektion zeigte sich, dass auch die hintere Herzbeutelwand verletzt und die Wand des linken Herzens tief in die Substanz hinein gestreift war. B. räth, in ähnlichen Fällen sich nicht vor einer breiten Eröffnung des Herzbeutels und Freilegung des Herzens zu scheuen.

2) Überfahrung des Unterleibes, tiefer Chok. Eröffnung der Bauchhöhle. Retroperitoneale, rechtsseitige Blutansammlung, von der aus Blut in die Bauchhöhle geflossen war. Freilegung der rechten Niere vom hinteren Thürflügelschnitt aus, Querriss im oberen Pole, Exstirpation der Niere. Die Blutung stand noch nicht. Vorziehung der Leber, deren hinterer Rand stark zerquetscht war und lebhaft blutete. Kompression, Paquelin, Tamponade mit Jodoformgaze. Ungestörte Heilung in 2 Monaten.

Diskussion: Rehn betont, dass das Herz in der Systole dem Herzbeutel vorn fest anliegt, während hinten die große Masse Blut ist.

Krecke (München).

(Fortsetzung folgt.)

Kleinere Mittheilungen.

17) **A. Dörner** (Sarajewo). Chirurgisch-kasuistische Beiträge.
(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 28.)

1) Über Chloroformnachwirkung in einem Falle von Status lymphaticus.

Bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben war beiderseits die Bruch-Radikaloperation nach Bassini gemacht worden. Die Narkose hatte eine Stunde gedauert, es waren 25 g Chloroform verbraucht worden. Gegen Ende der Operation war Pat. auffallend blass, erholte sich aber wieder; er bot dann eine eben nachweisbare Albuminurie, geringe Bronchitis, langsam steigendes Fieber bei reaktionsloser Wunde. 42 Stunden nach der Operation trat plötzlich der Tod ein.

Die Obduktion ergab Vergrößerung der Thymus, Hyperplasie des gesammten lymphatischen Apparates, Verengerung der Aorta, daneben fettige Degeneration in verschiedenen Organen. Letztere ist eine häufige Chloroformwirkung, es liegen jetzt aber eine Reihe von Beobachtungen vor, dass ein mit lymphatisch-chlorotischer Konstitutionsanomalie behafteter Körper dieselbe nicht überwinden kann.

2) Ein Fall von Zungensarkom.

In der Litteratur fand Verf. nur 16 (bezw. 12 unzweifelhafte) Fälle von Sarkom der Zunge. Er beschreibt desshalb einen Fall von Spindelzellensarkom.

Grisson (Hamburg).

18) **J. Marty.** Staphylococcie généralisée à marche suraigue.
(Arch. génér. de méd. Tome I. No. 3.)

Ein Soldat erkrankte am 23. August an einem Furunkel des rechten Vorderarms. Am 26. August stellte sich ein zweiter an der linken Stirnseite ein. Am 30. August Exitus unter den Erscheinungen der Sepsis. Bei der Obduktion fand sich eine eitrige Meningitis. In der Lunge waren zahlreiche Hämorrhagien, bei denen das Centrum zum Theil eitrigen Zerfall zeigte (septische Embolien). Auch in der Magenschleimhaut fanden sich einige Ekchymosen. Die Nieren waren sehr blutreich und die Milz vergrößert. Die bakteriologische Untersuchung wies Staphylokokken nach. Die Innenwand des Sinus coronar. war verdickt und geröthet, und man konstatirte ein kleines fadenförmiges Fibringerinnsel. Verf. glaubt, die Allgemeininfektion auf eine von dem Furunkel ausgehende Phlebitis der linken Frontalvene, der Vena ophthalmica und der venösen Blutleiter des Gehirns zurückführen zu müssen. **Longard** (Aachen).

19) **Monro.** Six cases of rash after enemata.
(Glasgow med. journ. 1899. September.)

M. hat in der englischen Litteratur mehrere Fälle gefunden und auch selbst einige beobachtet, in welchen sich der Anwendung eines großen, meistens allerdings mit Seife versetzten Einlaufes ein scharlach-, oder masern-, oder urticariaartiges Exanthem anschloss. In einigen Fällen recidivirte dieses Exanthem bei jedem neuen Einlaufe, in anderen nicht. **Willemer** (Ludwigslust).

20) **R. Heymann** (Leipzig). Über einen Fall von Hämophilie mit erfolgreicher Anwendung der Gelatineinjektion.
(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 34.)

Bei dem mit habituellem Nasenbluten behafteten Pat. hatte H. die Rachenmandel mit dem Ringmesser abgetragen; die Blutung war zunächst nicht auf-

fallend stark, bestand aber fort, worauf erst H. erfuhr, dass Pat. an stets nur schwer zu stillenden Blutungen, z. B. nach Zahnziehen etc., leide. Die verschiedensten Mittel waren wirkungslos (Tamponade, Ferropyrin, Eis etc.), bis H. sich entschloss, die zuerst von französischen Autoren empfohlenen Gelatineinjektionen, die Curschmann auch bei inneren Blutungen bewährt gefunden, anzuwenden. Schon nach der ersten Einspritzung von 140 ccm einer 40° warmen, sterilisirten und neutralisirten 2,5%igen Lösung unter die Brusthaut hörte die Blutung auf, kehrte aber nach Entfernung des Tampons wieder, um nach Wiederholung der Einspritzung (und der Tamponade!) dauernd gänzlich aufzuhören. Komplicirt war der weitere Verlauf durch ein wahrscheinlich von der Rachenwunde ausgegangenes Emphysem der Haut, welches sich über den Hals und die untere Gesichtshälfte verbreitete und erst nach 14 Tagen schwand. **Kramer** (Glogau).

21) Allen. Some observations upon erysipelas and its treatment.

(Med. news 1899. April 8.)

A. berichtet über die Erfahrungen, die er an 100 Beobachtungen von Erysipel gemacht hat. Kopferysipele nehmen ihren Ausgang meist von der Nase. Verf. fand in 2 Dritteln der Fälle Erkrankungen der Nase und des Rachens. Sehr gut bewährten sich Ausspülungen der Nase mit einer 50%igen wässrigen Ichthyollösung. Da die Kokken am üppigsten unter reichlicher Sauerstoffzufuhr gedeihen, bedeckt Verf. das Erysipel mit einer Schicht von Kollodium, dem er 25% Ichthyol zusetzte. An den Extremitäten wurde diese Behandlung mit der Umlegung Wölfler'scher Heftpflasterstreifen vereinigt. Unter den 100 Fällen trat kein Todesfall ein.

Strauch (Braunschweig).

22) Touche. Deux cas de ramollissement des centres corticaux de la vision avec autopsie.

(Arch. génér. de méd. Tome I. No. 6.)

Im 1. Falle handelt es sich um einen 71jährigen Kranken, der an einer alten rechtsseitigen Hemiplegie leidet und dabei vollständig blind ist. Das linke Auge hat er in der Jugend durch einen Unglücksfall verloren, rechts Blindheit seit Eintritt der Hemiplegie. Bei der Autopsie findet sich ein Erweichungsherd an der Innenfläche des Occipitallappens, der Herd hat dreieckige Form mit der Spitze nach vorn; er beginnt oberhalb der Incisura calcarina, deren beide Lippen er einnimmt, erstreckt sich auf die ganze obere Partie des Cuneus und auf die Spitze des Occipitallappens. Die Capsula interna ist absolut frei.

Der 2. Fall betrifft einen 37jährigen Mann mit rechtsseitiger Hemiplegie (keine Syphilis). Er erkrankte 1896 während der Arbeit ohne vorheriges Übelbefinden an Erbrechen und Schlafsucht. Allmählich stellte sich Verlust der Sprache und komplete rechtsseitige Hemiplegie ein. Im Januar 1899 bestand noch die rechte Hemiplegie und Lähmung des unteren Facialisgebiets, außerdem linksseitiger Strabismus externus und rechtsseitige Hemianopsie. Im 1. Jahre nach dem Unfalle hatte Pat. Doppeltsehen. Das rechte obere Glied zeigt Muskelkontraktionen am Oberarme, Ellbogen und vor Allem an der Hand. Die Finger sind gespreizt und leicht im Metakarpalgelenk gebeugt. Der Daumen stützt sich auf die Außenseite des Zeigefingers. Der Kranke kann aktiv wohl die Finger beugen, aber nicht strecken. In den Fingern Bewegungen, die an Paralysis agitans erinnern. Während des Gehens schleudert Pat. den Arm weit von sich. Das rechte Bein ist im Hüftgelenke leicht gebeugt. Beim Gehen setzt Pat. zuerst die Fußspitze auf den Boden. Keine Sensibilitäts- und Sprachstörungen, nur hat Pat. Mühe, die Worte zu finden und auszusprechen.

Autopsie: In der linken Hemisphäre sind 2 alte Erweichungsherde, der eine an der äußeren, der andere an der inneren Oberfläche. Der Herd an der äußeren Oberfläche hat die Ausdehnung eines 2-Francsstücks und sitzt da, wo der Gyrus supramarginalis sich in der hinteren Partie der 1. Temporalwindung fortsetzt. An der Innenfläche ist der ganze Cuneus zerstört mit Ausnahme seiner Spitze und der unteren Hälfte des Lobulus lingualis bis zur Hinterhauptspitze, wo nur ein

kleiner Streifen gesunden Gewebes bleibt. Capsula interna und Linsenkerne intakt.

Die beiden Beobachtungen sind eine Bekräftigung für die Annahme eines Gesichtscentrums an der Innenseite des Occipitallappens, in der Gegend des Cuneus, des Lobulus lingualis und des Lobulus fusiformis. **Longard** (Aachen).

23) **Eichler.** Akute Vereiterung der Zellen des Warzenfortsatzes nach Verletzung der Gehörgangswand, ohne dass das Trommelfell perforirt wurde.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 9.)

Ein 34jähriger Geschirrmacher fügte sich bei dem Versuche, mittels eines haarnadelähnlich gebogenen Eisendrahtes Ohrenschmalz aus dem Gehörgange zu entfernen, an dessen hinterer oberer Wand nahe dem Ansatze des Trommelfells eine ca. $1^1/_2$ mm im Durchmesser betragende Wunde zu. Trotz sofort zugezogener ärztlicher Hilfe musste 2 Tage später die Paracentese des Trommelfells vorgenommen werden, worauf reichlich Ausfluss erfolgte, und am 5. Tage nach der ursprünglich erfolgten Verletzung der Warzenfortsatz aufgemeißelt werden, dessen Zellen hierbei völlig von Eiter durchdrungen gefunden wurden.

Es trat Heilung ein. **Motz** (Hannover).

24) **M. Dempel.** Taschenspritze für die Nase.

(Chirurgie Bd. V. p. 102. [Russisch.])

Um verschiedenen Übelständen abzuhelfen, durch welche Pat. gehindert werden, die Ausspülungen regelmäßig und genügend oft, auch in der richtigen Temperatur zu machen, hat D. einen Zerstäuber konstruirt, der von dem Kranken in der Tasche getragen werden soll, und hebt seine Vortheile hervor. Bezugsquelle: Rasumow, Moskau. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

25) **A. A. Lossew.** Fall von Septhämie in Folge von Nekrose der Knoten der Nasenhöhle. (Aus der von Frau Basanow gestifteten Moskauer Universitätsklinik für Nasen-, Ohren- und Halskrankheiten.)

(Chirurgia Bd. V. p. 97. [Russisch.])

Unter einem Krankenzugange von 2567 im vergangenen akademischen Jahre befanden sich 136 Fälle (ca. 5,3%) mit Caries und Empyem der Nase und ihrer Nebenhöhlen. L. beschreibt einen Fall näher, in welchem sich dazu eine Phlegmone entwickelt hatte und durch Septhämie zum Tode geführt hat.

Bei der 36jährigen Kranken hatte sich seit 4 Jahren eine Ozaena entwickelt. Lues wird geleugnet, doch ist der Vater luetisch gewesen. Septum fehlt, Erbrechen, Fieber. Unter septischem Verfalle stirbt die Kranke einige Tage nach der Aufnahme.

Die Sektion ergiebt:

Schädelknochen sehr dick, die harte Hirnhaut stellenweise mit ihnen verwachsen. Nasenseptum und obere und untere Muscheln fehlen. Der Sinus frontalis fehlt, Lamina cribrosa sehr dick, 1 cm. Sinus sphenoidalis klein, mit Eiter gefüllt, welcher auch die Highmorshöhle und die linke Paukenhöhle anfüllt. Eitrige Gelenkmetastasen, eitrige follikuläre Enteritis, Phlegmonen am Oberschenkel und Rücken. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

26) **A. Gouguenheim et E. Lombard.** Corps étranger des voies aériennes. Extraction par la trachéotomie. Guérison.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIV. Fasc. I.)

Ein 40jähriger Pat. aspirirt während des Schlafes eine Zahnprothese. Nach dem Erwachen Erstickungsanfall, Fremdkörpergefühl, vollständige Aphonie. Laryngoskopisch sieht man den Fremdkörper unterhalb der Stimmbänder fest eingekeilt.

Crico-Tracheotomie, Extraktion des Fremdkörpers, Heilung.

Die Autoren zogen den äußeren Eingriff einer intralaryngealen Therapie vor, weil sie bei letzterer asphyktische Anfälle befürchteten.

Hinsberg (Breslau).

27) **B. Honsell. Über gutartige, metastasirende Strumen.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. Hft. 1.)

Verf. theilt einen in der Bruns'schen Klinik beobachteten Fall von Kropfmetastase mit, der bei der Seltenheit dieses Vorkommnisses einiges Interesse beanspruchen dürfte. Die 20jährige Pat. war in ihrem 13. Lebensjahr wegen einer cystischen Geschwulst auf dem Kopf operirt worden. 5 Jahre später wurde sie wegen eines schon zur Zeit der 1. Operation vorhandenen Kolloidkropfes der Strumektomie unterworfen. Nach weiteren $2^1/_2$ Jahren trat über der Haargrenze auf der Stirn, an der Stelle der früher operirten Geschwulst, wieder eine Vorwölbung auf, die bei Aufnahme der Pat. taubeneigroß war und sich durch eine Knochenlücke nach dem Schädelinneren fortzusetzen schien. Bei der Operation fand sich ein weiches, wie Kolloidkropf aussehendes Gewebe, das stark blutete und sich weit in das Schädelinnere erstreckte. Die während der Operation vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab ein dem Kolloidkropf entsprechendes Gewebe ohne Anzeichen von Bösartigkeit. Die Operation wurde desshalb abgebrochen und die Wunde vernäht; Heilungsverlauf ungestört. Die Vergleichung der histologischen Struktur dieser Geschwulst mit derjenigen des früher entfernten Kropfes ergab völlige Übereinstimmung. Über den weiteren Verlauf wird nicht berichtet.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um einen Kropf von histologisch gutartigem Charakter, dessen einziges bösartiges Symptom in der Metastasirung bestand. Dieselbe muss nach Verf. durch Einwachsung der Geschwulst in das Gefäßsystem erklärt werden unter Annahme einer für gutartige Geschwülste außergewöhnlichen Wachsthumsenergie der Geschwulstzellen. Diese gesteigerte Proliferation würde sich nach Verf. dadurch von einer bösartigen Wucherung unterscheiden, dass sie einen lokalen Charakter besitzt und eine nur vorübergehende Erscheinung darstellt. Verf. glaubt desshalb, entgegen der Ansicht von Wölfler, Feurer, v. Eiselsberg u. A., die Fälle von Strumametastase mit histologisch gutartigem Charakter nicht als bösartige Adenome, sondern als gutartige Geschwülste auffassen zu sollen.

Die Behandlung soll mit Verabreichung von Schilddrüsenpräparaten beginnen. Bei Erfolglosigkeit ist zu operiren, wenn die Aussicht besteht, die Metastase radikal entfernen zu können. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

28) **Freund. Zur Kenntnis der Seifencysten der Mamma.**

(Virchow's Archiv Bd. CLVI. p. 151.)

Eine von einer 36 Jahre alten Frau stammende, seit 20 Jahren bestehende und allmählich gewachsene zweimannsfaustgroße Geschwulst der Mamma war zusammengesetzt aus soliden Partien von fibroadenomatöser Struktur und breiig erweichten, welch letztere größere und kleinere cystische Hohlräume darstellten, die sehnenartige Massen enthielten. Die Entstehung dieser Hohlräume wird auf eine Nekrose und einen Zerfall des nekrotischen Gewebes, sei es nun Binde- oder Drüsengewebe, zurückgeführt. Das Primäre war eine Nekrose in zellenreicherem Geschwulstgewebe, die Cystenbildung das Sekundäre. Den Inhalt der Cyste bildeten in der Hauptsache Kalkseifen, geringe Mengen von Magnesiaseifen, Fett, so wie Fettsäuren und Spuren von Cholestearin. Mit Sicherheit handelte es sich demnach in chemischer Beziehung um Seifencysten. **F. Pels Leusden** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 50. Sonnabend, den 16. December. 1899.

I. Zu Prof. Küster's osteoplastischer Aufmeißelung des Warzenfortsatzes.

Von
Dr. Rudolf Panse in Dresden.

Als Küster im Jahre 1889 an Stelle der einfachen Öffnung und Durchspülung des Antrum mastoideum die möglichst sorgfältige Ausräumung des Krankheitsherdes vorschlug, wurde die theoretische Richtigkeit dieses Verfahrens allgemein anerkannt. Doch die Thatsache, dass bei chronischen Eiterungen die Mittelohrräume fast nie mit ausheilten, wenn die Höhle einfach zugranulirte, und damit erneute Ausbreitung der Eiterung immer noch möglich blieb, ließ den Vorschlag bei den Ohrenärzten keinen Anklang finden. Erst Stacke's

grundlegenden Arbeiten lehrten in jedem Falle gefahrlos alle Mittelohrräume und die Grenzen der Schädelhöhle aufdecken und durch Plastik aus dem Gehörgange ohne Entstellung zur dauernden Beaufsichtigung vom Gehörgange aus übersichtlich erhalten. Dem gegenüber bedeutet Küster's Vorschlag in No. 43 d. Centralbl. einen so erheblichen Rückschritt, dass nicht schnell genug vor ihm gewarnt werden kann.

1) Die Technik ist schlecht. Einmal trat vorübergehende Facialislähmung ein. Von den 9 Fällen wurde »2mal, vielleicht sogar 3mal« der Sinus verletzt. Wenn hier der Knochen wirklich besonders weich war, so war eben das übliche schichtenweise Abmeißeln angezeigt. Der osteoplastische Lappen Küster's wird aber auch den so oft vorgelagerten Sinus verletzen, wenn der Knochen sehr hart ist. Bei Fall IX geht die Knochenplatte verloren, eine Entstellung trat natürlich nicht ein, wie wir Ohrenärzte lange wissen, in Fall III starb sie ab und wurde ausgestoßen. Wer weiß, wie oft die Corticalis oder der Knochen darunter krank ist, wird das sehr erklärlich finden und oft erwarten. Haut, Periost und Ohrmuschel deckt auch völlig hinreichend. In Fall II musste zur Öffnung des Schläfenabscesses der Lappen wieder gehoben werden und war mit der oberen Basis sicher im Wege. Der gewöhnliche Schnitt wird einfach verlängert. In jedem zweifelhaften Falle wird weit tamponirt und auch nach der Operation brüchiges Paukendach, Fisteln etc. leicht erkannt, was hier erst die Sektion aufdeckte.

2) Das Resultat ist nach der Abbildung jedenfalls kosmetisch schlechter als nach Stacke's oder meiner Plastik[1]. Um das Sekret nicht zurückzuhalten, wird ja auch ein unteres Stück des Knochenlappens entfernt, während obige Plastiken sofort oder nach kurzer Zeit die ganze Wunde schließen.

Die Heilung blieb in $^1/_3$ der Fälle aus. Fälle VI und VIII haben bei der letzten Untersuchung noch Fisteln hinter dem Ohre, trotzdem wird VIII als »Heilung« genannt, in Fall VII besteht die Ohreiterung noch nach Monaten fort. Fall IX verlor die Kopfschmerzen nicht.

Dass der Lappen eine sichere und feste Tamponade erlaubt, ist bei der Unsicherheit, alles Kranke zu entfernen, nur ungünstig. Die 3 Cholesteatome, die sich bei den jetzt üblichen Plastiken durch den Gehörgang entleeren würden, werden sich sicher wieder bilden, und hoffentlich hält dann der osteoplastische Verschluss weniger aus als die Knochenwand des Sinus, Gehirns oder inneren Ohres. Warum der Lappen »antiseptisch« tamponirt, verstehe ich nicht.

---

[1] Archiv für Ohrenheilkunde 1893.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des St. Marienhospitals in Bonn.
[Direktor: Prof. Dr. Witzel.])

II. Über Ganglienbildung in der Kontinuität der Sehnen.

Von

Dr. C. **Hofmann**, Assistenzarzt.

Nach den bisherigen Anschauungen wurden die Ganglien wohl in sehr nahen Zusammenhang mit der Gelenkkapsel und den Sehnenscheiden gebracht, indessen war es nicht bekannt, dass sich ein ganglienartiges Gebilde in der Kontinuität der Sehne[1] selbst entwickeln könne. Mir war daher eine Beobachtung von einem klinisch als Ganglion des Fußrückens diagnosticirten Falle sehr interessant, als sich bei der Exstirpation des Tumors ergab, dass es sich um eine Bildung innerhalb der Sehne des Musculus peroneus tertius handelte, und dass sich an beiden Polen die Substanz der Sehne kegelförmig ausbreitete, eine membranöse Beschaffenheit angenommen hatte und eine in Form und Größe einer Pflaume entsprechende, prall gespannte Geschwulst bildete. Der Inhalt des cystischen Tumors bestand, wie sich bei der Operation zeigte, aus einer zähen, farblosen, fadenziehenden Masse, ganz ähnlich dem Inhalte, den wir bei den gewöhnlichen Ganglien zu finden gewohnt sind. Der Fall ist kurz folgender:

Die 17jährige Pat., welche am 11. Juni 1899 aufgenommen wurde, fiel angeblich im März 1898 in der Stube über einen Stuhl; sie will damals nervenkrank gewesen sein. Hinterher soll eine gewisse Taubheit im rechten Fuße, aber kein Schmerz bestanden haben. Bald darauf will Pat. eine kleine Geschwulst auf dem rechten Fußrücken bemerkt haben, die allmählich größer geworden sei. Im Juni wurde vom behandelnden Arzte eingeschnitten; was herausgekommen ist, weiß Pat. nicht anzugeben. Die Geschwulst war nun beseitigt, zeigte sich aber Mitte Februar 1899 wieder, war zunächst erbsengroß und erreichte bis zur Aufnahme etwa den früheren Umfang wieder. Die Geschwulst ist angeblich nur durch den Druck des Schuhs lästig und durch denselben zuweilen auch schmerzhaft.

In der Mitte zwischen dem vorderen Rande des Malleol. ext. dext. und der Basis des 5. Metatarsus findet sich eine die Umgebung etwa 1 cm überragende Geschwulst in Form und Größe einer Pflaume; dieselbe ist nur ganz wenig in seitlicher Richtung, gar nicht in der Längsrichtung verschieblich und fühlt sich sehr hart an. Die Haut ist über ihr in Falten abhebbar und auch sonst nicht verändert. Die Zehen sind frei beweglich. Diagnose: Ganglion.

[1] Bei der Durchsicht der Litteratur bin ich auf eine von Thorn seiner Arbeit »Über die Entstehung der Ganglien« (Archiv für klin. Chirurgie Bd. LII Hft. 3) anhangsweise beigefügte Beobachtung gestoßen, bei der es sich um einen »erbsengroßen Tumor auf der radialen Seite des Handrückens, welcher die Bewegungen der Zeigefingerportion des Extensor digitorum communis mitmachte,« handelte. Die Substanz der Sehne war etwa auf 1 cm Länge durch ein cystisches Gebilde ersetzt, welches makroskopisch das Bild eines Ganglions bot.

Etwa 4 cm langer Längsschnitt über die Höhe der Geschwulst. Über sie verläuft die Sehne des Extensor digiti VI, die nach innen gezogen wird. Beim weiteren Auslösen fällt es auf, dass sie sich auch von der Unterlage leicht, sogar stumpf ablösen lässt, während sie nach vorn und hinten mit ihren beiden Polen festhaftet. Durch Verlängerung des Hautschnitts nach dem Fußgelenke zu und Freilegung des Lig. cruciatum zeigt sich, dass die spindelförmige Geschwulst in der Kontinuität der Sehne des Musc. peroneus III liegt. Nach Abtragung der vorderen und seitlichen Wand der Cyste werden die freien Ränder, da die Innenwand glatt ist, zur Neuformation der Sehne nach hinten umgeklappt und vernäht. Die Außenseite der so gebildeten Sehne wird von der Innenwand des hinteren Cystenabschnitts gebildet. Diese Art der Sehnenneubildung ist, wenn es sich um die Erkrankung einer funktionswichtigen Sehne gehandelt hat, sicher empfehlenswerth. Die Heilung erfolgte ohne jede Störung; auch ist bis jetzt kein Recidiv eingetreten.

Nach der alten, allerdings durch die Ledderhose'schen[2] Untersuchungen über die Entstehung der carpalen Ganglien sehr zweifelhaft gewordenen Unterscheidung der fraglichen Gebilde in solche, die von der Gelenkkapsel, und solche, die von der Sehnenscheide (arthrogene und fälschlich sogenannte tendogene Ganglien) ausgehen, stellt die Beobachtung von Thorn und der Fall von mir eine ganz neue Gruppe dar. Zur Stütze der früheren Anschauung, wonach die Ganglien als herniöse Ausstülpungen der Gelenkkapsel bezw. der Sehnenscheide aufgefasst wurden, dient aber das Vorkommen von Ganglien innerhalb der Sehne selbst sicher nicht, da man sich nicht gut vorstellen kann, wie in dieser rein mechanisch gedachten Weise in der Kontinuität der Sehne eine Cyste entstehen kann. Auch die von Volkmann bereits innerhalb der Kreuzbänder des Kniegelenks beobachteten kleinen cystischen Gebilde, die wegen der Gleichartigkeit der Grundsubstanz den wirklichen Sehnenganglien wohl am nächsten stehen, sprechen dafür, dass die Ganglienbildung nicht lediglich in der Gelenkkapsel oder der Sehnenscheide zu Stande kommt.

Wohl kann aber der Sitz des Ganglions innerhalb der Sehne selbst durchaus erklärlich erscheinen, wenn man mit Ledderhose, Ritschl[3] und Thorn[4] annimmt, dass die Ganglien als wahre Neubildungen (Kystome), deren gallertiger Inhalt durch Gewebsdegeneration entsteht, aufzufassen sind. Ledderhose meint zwar, dass der Lieblingssitz im paraartikulären Gewebe zu suchen sei, doch ist damit, wenn man sich auf den Boden der Anschauung dieses Autors stellt, keineswegs gesagt, dass nicht jedes andere Bindegewebe unter dem Einflusse von primären Gefäßveränderungen bezw. -Neubildungen — so viel ist sicher, dass die Ganglien an einzelnen Stellen einen sehr großen Gefäßreichthum haben — den Boden für die Ganglienbildung abgeben kann. Bei den Sehnen dürfte wohl das interfascikuläre Bindegewebe den Mutterboden für die Neubildung abgeben.

[2] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXXVII. p. 102.
[3] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIV. p. 557.
[4] l. c.

Die nach Analogie mit den übrigen Ganglien innerhalb der Cystenwand zu vermuthende und von Thorn (l. c.) auch beobachtete Degeneration habe ich nicht nachweisen können. Die Wand bestand durchweg aus derbfaserigen, parallel angeordneten Bindegewebszügen mit langen, theils geschlängelten Kernen; die, auch makroskopisch als weniger durchscheinende, parallel angeordnete strangförmige Reste gekennzeichneten Theile der Cystenwand zeigten mikroskopisch den Bau der normalen Sehne. Diese Theile wurden von dem erwähnten Bindegewebe umschlossen und unter einander zur Membran verbunden. Gefäße waren nur sehr spärlich in der Wand vorhanden; ein Endothelbelag fehlte.

Es lässt sich der negative Befund bezüglich der Degeneration im Ledderhose'schen Sinne ganz ungezwungen dadurch erklären, dass der Process als abgelaufen zu betrachten ist (Stadium der Reife), und dass die Cystenwand aus den Resten der Sehne und dem für den membranösen Bau nothwendigen, sekundär gebildeten Zwischenbindegewebe bestand.

Ob aber überhaupt die Degeneration bei der Ganglienbildung in erster Linie eine so hervorragende Rolle spielt, wie es die genannten Autoren anzunehmen geneigt sind, und ob nicht vielmehr ein produktiver Vorgang wenigstens zuerst mehr in den Vordergrund tritt, glaube ich aus der mikroskopischen Untersuchung von nicht ausgereiften carpalen Ganglien schließen zu müssen. Die Untersuchungen sind noch nicht so weit gediehen, um ein abgeschlossenes Urtheil zu sichern, doch werde ich später an anderer Stelle darüber berichten. Es will mir scheinen, als ob unter geeigneten Voraussetzungen im sehr lockeren Bindegewebe — nicht Fettgewebe — eine starke Gefäßneubildung mit Bindegewebswucherung auch erginge und später erst eine Degeneration eintrete. Es würde dann den Gefäßen allerdings zunächst eine andere Rolle bei dem Bildungsprocesse zufallen, als man sie ihnen bis jetzt zugeschrieben hat.

Bemerkenswerth ist in unserem Falle noch das vorausgegangene Trauma, da bekanntlich eine einmalige Verletzung bezw. ein oft einsetzender traumatischer Reiz als primäre Ursache der Ganglienbildung beschuldigt worden sind. Ob in der That das Trauma eine Rolle dabei spielt, ist bis jetzt eben so wenig sicher, wie auch der einwandsfreie Nachweis der traumatischen Ätiologie für sonstige Neoplasmen noch nicht gelungen ist.

---

1) **F. Hahn** (Wien). Über Osteomalakie beim Manne. — Sammelreferat.

(Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie Bd. II. p. 593.)

H. stellt in chronologischer Übersicht die Namen derjenigen Beobachter zusammen, die Fälle von viriler Osteomalakie veröffentlicht haben und schließt den bisher bekannten 3 von ihm selbst beobachtete Fälle an. Hinsichtlich der geographischen Verbreitung

dieser Erkrankung weist Wien die höchste Ziffer — 9 — auf, dann kommt das Rheinthal mit 6 Fällen, während in Norddeutschland keiner zur Beobachtung kam. Das Alter von 30—50 Jahren scheint bevorzugt zu sein. Nach Schilderung der Symptome der Osteomalakie erörtert Verf. die differentialdiagnostischen Anhaltspunkte besonders gegenüber dem multiplen Myelom und hebt die Besonderheiten hervor, welche die virile vor der puerperalen Osteomalakie auszeichnet.

Buchbinder (Leipzig).

2) **Enderlen.** Histologische Untersuchungen bei experimentell erzeugter Osteomyelitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 293—337 u. 506—540.)

Das Verständnis und noch mehr die Würdigung dieser hervorragend fleißigen Arbeit erfordert specialistisch-pathologische Vorkenntnisse und Interesse in einem Maße, wie es nicht zu besitzen Ref. bedauert, wie es aber auch wohl nur bei einer ganz geringen Minderzahl der chirurgischen Praktiker vorauszusetzen ist. Ein detaillirteres Eingehen auf E.'s Forschungsresultate bleibe desshalb den pathologischen Fachblättern überlassen, hier soll nur die Kernfrage, um deren Erörterung es dem Verf. am meisten zu thun ist, kurz bezeichnet werden.

Marwedel hatte bei Untersuchungen über die morphologischen Veränderungen der Knochenmarkzellen bei der eitrigen Entzündung das Resultat gehabt, dass sich aus fixen Leukocyten (großen eosinophilen Zellen) Spindelzellen bilden können. E. hat seine Untersuchungen wesentlich zur Nachprüfung dieser ihm sehr überraschend erscheinenden Angabe unternommen. Und zwar studirte er 1) die Regeneration nach einfacher Verletzung (Stiche ins Mark des Femurs bei jungen Meerschweinchen und Kaninchen) und 2) die eitrige Entzündung des Knochenmarkes. (Die fragliche Entzündung wurde durch Infektion mit einer kleinsten Dosis Staphylokokken erzeugt.) Bei den Regenerationsvorgängen, die die Präparate der 1. Versuchsreihe zu studiren Gelegenheit gaben, zeigte sich, dass die Bindegewebszellen die vortretende Rolle spielen. Dieselben wuchern sehr rege, ein Vorgang, der sich längs der Gefäße eine Strecke weit in die Umgebung hinein erstreckt. Weder aus den eosinophilen noch aus den pseudoeosinophilen Zellen entstehen aber Spindelzellen. Bei den Infektionsversuchen ist besonders die Genese der Abscessmembran von Bedeutung. Marwedel lässt bei derselben aus eosinophilen Zellen Bindegewebszellen werden, während E. dieselben ausschließlich als Abkömmlinge von präexistirenden Bindegewebszellen betrachtet.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

3) **Grandmaison.** L'impotence chez les goutteux héréditaires.

(Méd. moderne 1899. No. 57.)

G. giebt eine anschauliche Schilderung des Krankheitsverlaufs bei der hereditären Gicht bis zur mehr oder weniger vollständigen Gebrauchsunfähigkeit der befallenen Gliedmaßen; zum Referat sind diese Ausführungen nicht geeignet. Therapeutisch kommt in erster Linie die präventive Behandlung in Betracht, bestehend in zweckmäßiger Diät und Bewegung, besonders Gehen; bei bereits eingetretener Versteifung der Gelenke ist Massage und schwedische Heilgymnastik am Platze. **R. v. Hippel** (Dresden).

4) **M. Herz** und **A. Bum.** Das neue System der maschinellen Heilgymnastik.

(Separat-Abdruck aus der »Wiener Klinik« 1899. Hft. 4 u. 5.)

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1899. 66 S. mit 45 Abbildungen.

Im Wesentlichen beschäftigt sich die Arbeit mit der Beschreibung der von H. nach einem neuen System konstruirten heilgymnastischen Apparate unter Berücksichtigung der Indikationen für deren Anwendung. Die Principien und Apparate der Widerstandstheorie hat H. bereits in einer früheren Arbeit bekannt gegeben. Es folgte dann weiter eine einschlägige Arbeit von B. über Muskelmechanik. H. hat nun auch eine weitere Serie heilgymnastischer Apparate konstruirt, so dass die Apparate in folgende Gruppen zerfallen: Widerstandsapparate, Apparate für Selbsthemmungsgymnastik, Förderungsapparate, Erschütterungsapparate.

Es bleibt Anderen überlassen, an den Widerstandsapparaten die Principieneinheit — wie wir sagen wollen —, die H. an bisherigen Systemen vermisst, zu prüfen. Dieselbe ist schon dadurch gestört, dass es an einer Stelle allgemein heißt: »Desshalb ist es auch ein Fehler, wenn man, wie es bisher fast durchaus geschehen ist, Bewegungen wählt, welche sich über mehrere Gelenke erstrecken« und später einem Ruderapparat die Koncession gemacht werden muss, in die Widerstandsapparate aufgenommen zu werden. Außerdem ist es für chirurgische Zwecke gewiss kein Fehler, wenn z. B. Behufs Heilung einer Bewegungsstörung im Schultergelenke beim Heben und Senken des Armes gleichzeitig Bewegungen im Schulter- und Ellbogengelenke ausgeführt werden. Damit soll jedoch kein Einwand gegen die physiologischen Voraussetzungen der Verff. erhoben werden. Man kann daraus nur ersehen, dass die Verallgemeinerung einzelner Sätze in der Praxis manchmal ihre Schwierigkeit hat.

Jedenfalls muss sich Jeder, der sich für Heilgymnastik interessirt, mit dem Inhalte der Arbeit bekannt machen. Wenn auch die Zander'sche Methode mit der H.'schen um die dominirende Stellung kämpft (cf. Centralblatt für Chirurgie 1899 No. 7), so ist doch zuzugeben, dass daraus der Mechanotherapie selbst keinesfalls ein

Nachtheil erwächst. Eine Gegenüberstellung beider Methoden ist aber unerlässlich, wenn hinsichtlich der Widerstandstherapie die Frage entschieden werden soll, was besser ist, an Hebeln üben zu lassen, wie dies Zander, der Begründer der maschinellen Heilgymnastik, empfiehlt, oder an Excentern und Rollen, wie H. es vorschreibt. Es ist nicht wahrscheinlich, dass die Idee Zander's verschwinden wird zu Gunsten der H.'schen. Andererseits wird es nicht ausbleiben, dass auch die von beiden Verff. ausgebildete Methode sich Freunde erwerben wird. Auch wird es immer Ärzte geben, welche Apparate für Ausübung der Heilgymnastik überhaupt für überflüssig halten.

J. Riedinger (Würzburg).

---

5) J. Dollinger. Das Princip der Konstruktion von Verbänden und Prothesen bei tuberkulöser Entzündung der Knochen und Gelenke.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

Bei akuten Fällen von Knochen- und Gelenktuberkulose ist die erste Aufgabe der Behandlung die Bekämpfung der entzündlichen Erscheinungen, namentlich des Schmerzes und des reflektorischen Muskelkrampfes. Das wirksamste schmerzstillende Mittel ist die Fixirung. Von der Distraktion ohne Hemmung der Bewegung darf nicht viel erwartet werden. Sie kann sogar schaden. Viel wichtiger ist die Entlastung. Fixirung und Entlastung muss auch das Princip sein bei der Konstruktion von Apparaten und Prothesen. Verf. zeigt, wie dieses Princip für die einzelnen Gelenke in möglichst einfacher Weise durchzuführen ist. Die Prothesen werden aus dickem, hartem Leder angefertigt und mit halbrunden Schienen verstärkt. In besonderen Fällen verwendet D. auch den Gipsverband, namentlich nach dem Redressement einer Kontraktur, dessen Aufgabe einem Apparate nicht zufallen soll.

Die Ausführungen D.'s, welchen 18 wohlgelungene Abbildungen beigegeben sind, sind dieselben, die er auf dem internationalen medicinischen Kongresse in Moskau im Jahre 1897 vorgetragen hat (cf. Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 39).

J. Riedinger (Würzburg).

---

6) L. Seitz. Die Herstellung von orthopädischen Apparaten aus Draht-Celluloidmull.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

Die geringe Haltbarkeit des Celluloidmullverbandes ist ein Nachtheil, der die allgemeine Verwendung desselben in Frage stellt. Zur Vermeidung dieses Nachtheils legt Lange in die Celluloidacetonmasse Stahldrähte ein. Die Leichtigkeit der Apparate wird dadurch nicht wesentlich beeinträchtigt. Verf. empfiehlt das Verfahren von Lange, das sich seit mehreren Monaten im orthopädischen Ambulatorium der Münchener Klinik bewährt hat. W. Mayer hat ein ähnliches Verfahren veröffentlicht.

J. Riedinger (Würzburg).

---

7) **M. Jagerink** (Rotterdam). Offener Brief an Herrn Dr. G. Zander in Stockholm.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

J. hat, wie er einleitend bemerkt, sich sehr viel Mühe gegeben, in Rotterdam ein Zander-Institut zu errichten. Seine »Begeisterung« verwandelte sich aber in »Zweifel«, sagen wir lieber Erbitterung, als er in den Schriften Zander's und seiner »Schüler« einige Stellen fand, die ihm anstößig erschienen sind. Es ist schlecht um die J.'sche Beweisführung, dass nämlich die mechanische Gymnastik Zander's naiv und phantastisch sei, bestellt, wenn er keine anderen Stellen aufzufinden vermag. Denn diese sind von so untergeordneter Bedeutung, dass sie, selbst wenn die J.'sche Interpretation richtig wäre, nicht genügen würden, die Methode mit Erfolg zu bekämpfen. Den Hauptangriff richtet J. gegen den Rumpfmessapparat, obwohl er ihm das Lob spendet, dass man mit ihm jeden Punkt am Körper genau bestimmen kann. Nach J. kann man eine Skoliose überhaupt nicht gut messen, was, wie die Behauptung, dass die Photographie brauchbarere Bilder giebt, sehr bezweifelt wird. J. begreift auch nicht, dass in einem Falle bei einer wiederholten Messung der Körper von den Füßen bis zum 7. Halswirbel um 2 cm, der Hals allein aber um 3 cm verlängert gefunden wurde. Über diesen »Riesenwuchs« gießt J. seinen Spott aus. Warum es aber so auffällig sein soll, dass bei der hinteren Projektion des Körpers der vorgebeugte Hals kürzer, der aufgerichtete Hals länger erscheint, ist das Geheimnis J.'s.

J. Riedinger (Würzburg).

---

8) **M. Bachmann.** Die Veränderungen an den inneren Organen bei hochgradigen Skoliosen und Kyphoskoliosen.

(Bibliotheca medica. Abth. DI. Hft. 4.)

Stuttgart, **Erwin Nägele,** 1899. 172 S. mit 14 Tafeln.

Dem vorliegenden Werke kann für den Gegenstand, den es behandelt, grundlegende Bedeutung beigemessen werden. Denn trotz der zahlreichen Litteratur über Rückgratsverkrümmungen sind die Angaben über Veränderungen an den inneren Organen im Gefolge von Rückgratsverkrümmungen nur spärlich und meist nur als beiläufig gemachte Bemerkungen auffindbar. E. Fischer zählte bis zum Jahre 1885 478 Arbeiten auf, B. konnte gegen 700 konstatiren, von denen reichlich 400 in seiner Arbeit Berücksichtigung fanden (die citirte Litteratur umfasst 171 Arbeiten). Nur 79 sehr ungleichwerthige Fälle konnten aus der Litteratur zusammengestellt werden. Zur Beurtheilung der einschlägigen Fragen war dem Verf. aber ein ziemlich umfangreiches Material aus dem pathologisch-anatomischen Institute des Herrn Geheimrath Ponfick in Breslau zur Verfügung gestellt, nämlich 197 Sektionsprotokolle über Rückgratsverkrümmungen aus den Jahren 1878—1893, so dass im Ganzen 276 Fälle der verschiedensten Grade von Wirbelsäulenverkrümmungen zu Gebote standen. Von einigen Fällen abgesehen, welche als Vergleichs-

material dienten, sind nur diejenigen Verkrümmungen berücksichtigt, welche nicht durch Caries hervorgerufen worden sind.

Die Arbeit zerfällt in einen pathologisch-anatomischen und in einen klinischen Theil. Der Idee des ganzen Werkes entsprechend, nimmt der pathologisch-anatomische Theil den größten Raum ein. Der klinische Theil ist unter Benutzung von 28 Krankengeschichten aus der medicinischen Klinik in Breslau von M. Schubert (Schweidnitz) verfasst.

Nach einer statistischen und tabellarischen Verarbeitung des Materials im Allgemeinen hinsichtlich der Häufigkeit der einzelnen Formen, der Vertheilung nach Geschlecht und Alter und hinsichtlich der sonstigen bei den Autopsien gefundenen Krankheiten am Knochensystem bespricht B. kurz die Veränderungen, die sich im Verlaufe der Skoliosen und Kyphoskoliosen am Rumpf- und Beckenskelett ausbilden. Dann folgen in der Besprechung die Veränderungen an den inneren Organen (Herz, Aorta, Vena cava, Vena azygos, Ductus thoracicus, Lungen, Pleura, Zwerchfell, Ösophagus, Magen, Darm, Milz, Leber, Nieren, Genitalorgane). Die Organe sind theils dislocirt (Herz, Zwerchfell etc.), theils verunstaltet (Lungen, Leber etc.), theils zeigen sie, und zwar nicht zum geringsten Theile, organische Veränderungen. In letzterer Hinsicht ist es bemerkenswerth, dass von den gesammelten 276 Fällen 251 Fälle (91,3%) pathologische Veränderungen am Cirkulationsapparate, und zwar 247 Fälle (89,5%) allein am Herzen und Perikardium, aufwiesen. Darunter befanden sich 41 Klappenaffektionen und 13 Klappenfehler. Hypertrophie und Dilatation meist des rechten Herzens waren bei 182 Fällen (65,9%) notirt. Davon koincidirten 76 mit Herzmuskelerkrankungen. Von den Verlagerungen des Herzens interessirt besonders die Querlage, deren Grund in der Hypertrophie und Dilatation des rechten Herzens zu suchen ist. In 274 Fällen fanden sich Erkrankungen des Lungengewebes, der Bronchien und der Pleura. Am häufigsten waren Emphysem (46,7%), Atelektase und Kompression der Lungen (46,5%), Bronchitis (41,6%), Phthise (28,3%), Pneumonie (20,6%), pleuritische Processe (74,6%). Pneumonie als Todesursache wurde 32mal unter 197 Fällen konstatirt (16,2%).

Auch aus dem klinischen Theile erfahren wir, dass bei hochgradigen Skoliosen und Kyphoskoliosen der Cirkulations- und Respirationsapparat schwer geschädigt ist, und dass schon dadurch die Abdominalorgane Veränderungen erleiden können. Am meisten hat das Herz zu leiden. Primärer und sekundärer Herztod sind nicht selten (59,4%).

Die angeführten Zahlen dürften dem Chirurgen zu bedenken geben, worauf in der Arbeit nicht hingewiesen ist, dass bei jeder hochgradigen Skoliose eine innere Erkrankung vorauszusetzen ist, und dass Narkosen mit äußerster Vorsicht anzuwenden sind.

Zu erwähnen ist noch, dass selbst auf die Psyche und die Funktionen des gesammten Nervensystems Wirbelsäulenverkrümmungen

nicht ohne Einfluss bleiben. Aus der Kompression der Interkostalnerven erklären sich die häufigen Interkostal-, Lumbal- und Abdominalneuralgien, die bei stärkeren körperlichen Bewegungen sich verschlimmern und Arbeitsunfähigkeit der Kranken bedingen.

In der Arbeit sind die Lage- und Gestaltveränderungen der Organe auf 5 Tafeln übersichtlich dargestellt. Der klinische Theil bezieht sich auf 9 weitere Tafeln, welche den besten einschlägigen Arbeiten der Litteratur entnommen sind (meist den Arbeiten von Barkow und Bouvier).

In der Ausstattung seitens des Verlags reiht sich dieses Heft der Bibliotheca medica seinen Vorgängern würdig an.

Dem Verf., der das Werk begonnen hat, war es nicht vergönnt, die Vollendung desselben zu sehen. Er schloss sich der deutschen Tiefsee-Expedition an, ehe der Druck vollendet war, und ist im fernen Süden plötzlich verschieden. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

9) **M. Haudeck** (Wien). Die Gymnastik in der Behandlung der Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

Die Anzahl der Gymnastikapparate für Behandlung der Skoliose ist um einen vermehrt. Er dient zur Ausführung von Widerstandsbewegungen im Sinne der Seitenbeugung des Rumpfes an einem belasteten und verstellbaren Pendel und wirkt auch redressirend. Er soll den Vorzug der Billigkeit haben. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

10) **A. Hoffa.** Die moderne Behandlung des Klumpfußes. (Separat-Abdruck aus »Deutsche Praxis«.)

München, **Seitz & Schauer,** 1899. 22 S. mit 24 Abbildungen.

Die Arbeit wendet sich an den praktischen Arzt, dem in präciser Form und klarer Ausdrucksweise die moderne Behandlung des Klumpfußes geschildert wird. Es erhöht den Werth der Arbeit, dass darin die Erfahrungen, die Verf. in den letzten 10 Jahren an nahezu 80 Klumpfüßen gemacht hat, niedergelegt sind.

J. Riedinger (Würzburg).

---

11) 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu München.

IV.

Hoffa (Würzburg): **Über die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde.**

H. berichtet über die günstigen Erfolge der orthopädischen Behandlung bei Ischias mit Kontrakturen, progressiver Muskelatrophie, Kinderlähmung, tabischen Arthropathien, Little'scher Krankheit, Muskelkontrakturen bei transversaler Myelitis, Radialislähmung.

Die Behandlung besteht je nach Lage des Falles in der Anlegung von Schienenhülsenapparaten, Tenotomien und Sehnentransplantationen.

Kreeke (München).

G. B. Schmidt (Heidelberg): **Über die operative Behandlung der Myelocele spinalis.**

Die bisher geübten Operationsmethoden bei Myelocele spinalis (Punktion oder Punktion mit Jodinjektion oder die Exstirpation des Sackes nach Auslösung der eingewachsenen Nervenbahnen) sind in ihrem Erfolge unsicher, und die Exstirpation namentlich ergiebt eine große Mortalität, da die Infektionsgefahr bei dem kindlichen Duralsacke eine besonders hohe ist, oder leicht eine Fistel zurückbleibt, auf deren Wege eine sekundäre Meningitis eintreten kann.

S. macht desshalb den Vorschlag, den Sack zu entleeren, ihn aber als solchen zu erhalten und zum Verschluss der Knochenlücke zu verwerthen.

Das Verfahren ist folgendes: Bauchlage mit tiefliegendem Kopfe, vertikaler Längsschnitt durch die Haut über die ganze Länge der Geschwulst, sorgfältige Ablösung der Haut von dem uneröffneten Sacke bis zur Austrittsstelle aus dem Wirbelkanale. Punktion des Sackes mit dicker Pravaznadel am unteren Pole. Während der Sack langsam zusammenfällt, wird auf seiner Wölbung eine Sonde mit der Längsachse flach eingedrückt, und die sich berührenden Außenflächen werden mit einer fortlaufenden Naht in mehreren über einander liegenden Etagen vernäht. So werden die Nervenbündel allmählich gegen den Kanal gedrängt, der Sack in sich eingerollt, und sein Involut bildet einen festen organischen Tampon in dem Defekte des Wirbelbogens. Die letzten Fadenenden wurden durch den meist scharf um die Knochenlücke ausgebildeten Fascienrand gezogen und verknüpft.

In einem Falle wurde versucht, den Proc. spinos. des nächst tieferen Wirbels an seiner Basis zu infrangiren und nach aufwärts zu schlagen, um die Deckung des Defektes zu verstärken.

Das Verfahren wurde in 3 Fällen, deren Einzelheiten wiedergegeben wurden, mit vollem Erfolge ausgeführt und genießt vor den bisher geübten Methoden den Vortheil der Einfachheit, relativen Ungefährlichkeit und Dauerwirkung.

(Selbstbericht.)

Schulz (Hamburg-Eppendorf): **Über die Spondylitis traumatica.**

Mit der Einführung der modernen Unfallgesetzgebung gewann ein Krankheitsbild weiteres Interesse, auf welches H. Kümmell zuerst im Jahre 1891 auf der Naturforscherversammlung in Halle aufmerksam gemacht hatte. Damals glaubten Viele, dass es sich in den citirten Fällen um tuberkulöse Processe gehandelt habe, später jedoch stimmten die meisten mit Kümmell überein, dass das Symptomenbild der traumatischen Spondylitis als ein besonderes von den übrigen Wirbelverletzungen zu trennen sei. Die Ursache der Erkrankung bildet stets ein Trauma, sei es, dass ein schwerer Gegenstand auf Kopf, Nacken oder Rücken des Pat. herniederfällt, oder dass durch plötzliches Rückwärtsknicken des Oberkörpers eine Quetschung der Wirbelsäule entsteht. Im weiteren Verlaufe derselben lassen sich nun 3 Stadien unterscheiden: Das der Verletzung unmittelbar folgende Stadium des Choks, nach dessen Überwindung sich eine gewöhnlich nur kurze Zeit anhaltende lokale Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule und eventuelle Rückenmarkserscheinungen anschließen. Sodann das Stadium des relativen Wohlbefindens und der Wiederaufnahme der Arbeit. Drittens das Stadium der Gibbusbildung und erneut einsetzender Schmerzen an der alterirten Partie der Wirbelsäule. Die Dauer der beiden ersten Stadien wird nach Art und Schwere des Unfalls im einzelnen Falle wechseln, der Übergang von dem einen zum anderen sich mehr oder weniger verwischen; darin aber liegt das Charakteristische der traumatischen Spondylitis: Der Gibbus und seine Begleiterscheinungen überraschen uns resp. den Verletzten dann, wenn der Unfall fast vergessen ist und der betreffende Pat. schon lange Zeit wieder gearbeitet hat.

Die Ursache dieser verspäteten Gibbusbildung suchte Kümmell in einem rareficirenden, entzündlichen Process der Wirbelkörper mit nachfolgendem Substanzschwunde, er betonte aber schon damals ausdrücklich, dass für viele der Fälle eine Kompressionsfraktur, Fissur des Wirbelkörpers als ätiologisches Moment sehr

wahrscheinlich sei. Mikulicz glaubte, dass diese »Erweichung« des Wirbelkörpers auf einer aktiven Hyperämie beruhe, die durch trophische Einflüsse von Seiten des durch den in- oder extraduralen Bluterguss beschädigten Rückenmarks, resp. der Rückenmarkswurzeln und Spinalganglien zu Stande käme. Andere verglichen die in Rede stehende Erkrankung mit der Osteomalakie und mit dieser in Beziehung stehenden deformirenden Ostitis und suchten die Ursache dieses chronisch-entzündlichen Zustands vorwiegend in oft wiederkehrenden Irritationen.

Schon hatte der Autor selber bereits seine Ansicht in der Weise geändert, dass wohl in allen Fällen von Spondylitis traumatica eine Kompressionsfraktur des betreffenden Wirbelkörpers vorgelegen, und der späte Gibbus durch eine abnorme Weichheit und zu frühe Belastung des spärlichen Callus zu erklären sei, als im ärztlichen Verein zu Hamburg von Rumpel ein Wirbelpräparat demonstrirt wurde, welches diese Annahme besonders erhärtete. Durch die Anamnese des einem anderweitigen Leiden erlegenen Pat. wurde nachgewiesen, dass der Fall genau in den Rahmen des von Kümmell gezeichneten Krankheitsbildes passte; die Autopsie ergab einen Kompressionsbruch des 1. Lendenwirbels. Der Körper dieses Wirbels war fast zu einem gleichschenkligen Dreieck mit seiner Spitze nach vorn eingedrückt, durch Synostosenbildung mit seinen beiden Nachbarwirbeln knöchern vereinigt. Von diesen Vereinigungsstellen geht eine knöcherne Masse aus, die als durch den Druck der Nachbarwirbel herausgepresst und dann erstarrt zu sein scheint. Die Menge dieser Knochenneubildung entspricht jedoch nicht dem durch die Kompression entstandenen Substanzverluste des komprimirten Wirbels. Die frühere Annahme, dass in den meisten Fällen die einwirkende schädigende Gewalt eine viel zu schwache sei, um einen Bruch zu Stande zu bringen, dass andererseits die geringfügigen, rasch vorübergehenden Schmerzen einer so schweren Verletzung, wie die Fraktur eines oder mehrerer Wirbelkörper sie bildet, nicht entsprechen würden, wird ebenfalls durch diesen Fall widerlegt.

Nun wäre es aber durchaus falsch, jetzt alle Fälle von traumatischer Spondylitis oder besser »traumatischer Kyphose« als Wirbelbrüche bezeichnen zu wollen. Wir haben es mit einem genau präcisirten Krankheitsbilde zu thun, dessen so außerordentlich typischer Verlauf doch in keinem Falle mit dem Bilde einer akuten Wirbelfraktur sich deckt. Gerade die Kenntnis der oben beschriebenen Verletzung hat die Beurtheilung Unfallkranker, so weit sie die Wirbelsäule betrifft, wesentlich gefördert.

Diese mitgetheilten Beobachtungen sind an der Hand von 17 hierher gehörigen, in der chirurgischen Abtheilung des Neuen allgemeinen Krankenhauses behandelten Fällen gemacht; die Mehrzahl war zur Nachuntersuchung mir zugänglich. Die Untersuchung letzterer besonders bewies, dass die Prognose der traumatischen Spondylitis im Allgemeinen eine nicht ungünstige ist. Besonders die vergleichende Kontrolluntersuchung solcher Fälle, die auf Unfallrente keinen Anspruch haben, zeigte mir, dass nach 12—20monatlicher Ruhepause die Verletzten ihre frühere Erwerbsfähigkeit wieder erlangten. Selbstverständlich richtet sich diese Prognose nach einer zweckmäßigen Behandlung. Dieselbe ist eine rein mechanische und findet, nach absoluter Ruhelage von Anfang der Verletzung an, ihren Ausdruck in entsprechender Anlegung von Stützapparaten.

Vortr. erwähnt schließlich noch die verschiedenen Formen ankylosirender Wirbelentzündungen, wie sie von Bäumler, Bechterew, Hoffa, Strümpell beschrieben sind. Die Differentialdiagnose zwischen traumatischer Knochenerkrankung der Wirbelsäule und Neurasthenie wird in ausführlicher Weise von Nonne neuerdings klargelegt bei Beschreibung eines Falles von funktionell neuralgischer Erkrankung, der lange mit unserem Krankheitsbilde verwechselt worden war. Der Grund dieser Verwechslung aber war der, dass der Gibbus vollständig fehlte.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Oberst (Halle) glaubt nicht, dass sich an eine leichte Verletzung eine rareficirende Ostitis anschließen kann. Seiner Meinung nach sind alle Fälle der sog. Spondilitis traumatica als Frakturen aufzufassen. Das Neue besteht darin, dass solche Frakturen durch geringfügige Veranlassungen entstehen

können. Da die Frakturen anfänglich als Kontusionen aufgefasst werden, verlassen die Kranken zu früh das Bett, und nach einiger Zeit bildet sich dann die Verbiegung aus.

Eine kleine Anzahl von Fällen giebt es, wo sich im Anschlusse an Kontusionen chronisch entzündliche Processe einstellten.

Trendelenburg (Leipzig) hat noch keinen Fall von Spondylitis traumatica gesehen, dagegen sehr viele Fälle von Kompressionsfraktur. Eine solche kann im Anfange sehr leicht übersehen werden.

Kümmell (Hamburg) hat die Anschauung, dass es sich um eine rareficirende Ostitis handle, aufgegeben, er nimmt jetzt auch das Vorliegen einer Kompressionsfraktur an. Viele Fälle hat er von Anfang an beobachtet; der Gibbus fehlte im Anfang und bildete sich erst nach Monaten aus.

Schede (Bonn) bestätigt das Vorkommen derartiger Fälle.

Krecke (München).

H. Tillmanns (Leipzig): **Die operative Behandlung der tuberkulösen Spondylitis.**

Die Ansichten über den Werth der operativen Behandlung der tuberkulösen Spondylitis sind zur Zeit noch sehr getheilt, die möglichst frühzeitige operative Entfernung des tuberkulösen Herdes stößt hier oft auf größere Schwierigkeiten.

Am leichtesten gelingt die operative Behandlung bei Tuberkulose der Processus spinosi, der Wirbelbogen und der seitlichen Wirbeltheile; schwieriger ist die Operation bei Tuberkulose der Wirbelkörper und der Wirbelkörpergelenke. Besonders Boeckel, Vaillet, Calot u. A. haben die Operation derartiger Fälle empfohlen.

T. schildert die Technik der Operation bei Tuberkulose der Wirbelsäule. Von der Seite, besonders rechts, oder von beiden Seiten dringt man neben der Wirbelsäule nach Entfernung der Querfortsätze und an der Brustwirbelsäule nach entsprechender Resektion der Rippen zu den Wirbelkörpern vor. Auch nach Resektion der Wirbelbogen kann man vom Wirbelkanale aus unter Seitwärtsschiebung des Rückenmarks tuberkulöse Herde im Wirbelkörper und in den Wirbelkörpergelenken entfernen. Calot empfahl die keilförmige Resektion des Buckels bei tuberkulöser Wirbelentzündung.

Nach T. ist die operative Behandlung bei Tuberkulose der Wirbelkörper und der Wirbelkörpergelenke nur selten erfolgreich, weil die Fälle meist zu spät in klinische Behandlung kommen; hier ist im Allgemeinen die konservative Behandlung (Immobilisirung, Extension) mit Injektion von 10%igen Jodoform-Glycerinmischungen in den Buckel zweckmäßiger, als die Operation. In nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen macht T. das unblutige Redressement nach Calot, welches T. in 11 Fällen ohne Nachtheil ausgeführt hat. Senkungsabscesse werden meistens durch Punktion, Ausspülung und Injektion von 10%igen Jodoform-Glycerinmischungen geheilt; größere Senkungsabscesse in der Beckenhöhle werden durch Aufmeißelung des Darmbeines nach hinten und oben vom Hüftgelenke drainirt.

Bei spondylitischen Lähmungen macht T. in geeigneten Fällen die Resektion der Wirbelbogen (Laminektomie), deren Technik T. unter Mittheilung von 5 derartig operirten Fällen genauer beschreibt. Es wurden 3—5 Wirbelbogen resecirt. Sämmtliche Fälle heilten reaktionslos, aber die Endresultate waren nicht befriedigend. In 3 Fällen, wo die tuberkulöse Spondylitis noch nicht zum Abschluss gekommen war, trat nur vorübergehende Heilung, bezw. Besserung der Lähmung ein; die 3 Kinder starben 4½ Monate, 2½ Jahre und 3 Jahre später unter Rückkehr der Lähmung in Folge ihrer tuberkulösen Spondylitis. Zwei im März und April d. J. operirte Fälle verlaufen bis jetzt unter zunehmender Besserung der Lähmung günstig, sie sind aber noch nicht als abgeschlossen zu betrachten.

Die Resektion der Wirbelbogen ergiebt bei spondylitischen Lähmungen bei noch florider Tuberkulose des Wirbelkanals keine günstigen Resultate, wie Kraske ebenfalls mit Recht betont hat, dagegen sind die Aussichten der Operation in

Fällen von abgelaufener Spondylitis günstiger (Trendelenburg), wenn die Kompressionslähmungen des Rückenmarks durch ähnliche anatomische Verhältnisse am Gibbus bedingt sind, wie bei deform geheilten Frakturen und Luxationen der Wirbelsäule, d. h. ausschließlich durch die Enge des Wirbelkanals in Folge Knickung der Wirbelsäule hervorgerufen sind. Bei spondylitischen Lähmungen mit noch florider tuberkulöser Spondylitis kann man noch durch konservative Behandlung, besonders durch Extension, Heilung erzielen. (Reinert.)

(Selbstbericht.)

Vulpius (Heidelberg): **Altes und Neues in der Skoliosenbehandlung.**

Methoden, welche auf anderen Gebieten die moderne Orthopädie gefördert haben, sind bei der Skoliose nicht verwendbar. Das gewaltsame Redressement ist zu gefährlich, die nachher lange Zeit nöthige Fixation im Gipsverbande zu bedenklich im Hinblick auf die bei schweren Skoliosen vorhandenen Störungen an Herz und Lungen. Das Gleiche gilt für blutige Eingriffe.

So müssen wir alte Methoden zu verbessern uns bemühen. Die Extension wird in Form der vertikalen Suspension überall durchgeführt. Dagegen ist der Zug in horizontaler Richtung mit dem Streckbett der Vergessenheit anheimgefallen. V. hat einen Apparat konstruirt, der wagrechte Extension und zugleich Redression erlaubt. Dieses Streckbett kommt natürlich nur während der Nacht zur Anwendung, der Tag wird aufs energischste zur mobilisirenden Behandlung benutzt. Nachts werden die Kinder mittels am Becken angreifender Gewichtszüge extendirt und liegen in einem Gipsbette. Letzteres ist an dem stark gestreckten Rumpfe angelegt worden, so dass es die seitliche Verschiebung korrigirt. Eingefügte Polster drücken auf den Rippen- resp. Lendenbuckel. Das Gipsbett wird, um die Reibung auszuschalten, auf ein Gleitbrett gestellt und wird außerdem auf der Höhe des Krümmungsscheitels getheilt, um das Maximum der Zugwirkung ebendahin zu verlegen.

Das Allgemeinbefinden leidet unter dieser intensiven Anstaltsbehandlung durchaus nicht, im Gegentheile wurden sehr erhebliche Zunahmen des Körpergewichts bis zu 20 Pfund im Laufe eines Vierteljahres konstatirt. Die Pat. gewöhnen sich meist leicht an die Lagerung.

Für die häusliche Nachbehandlung empfiehlt sich nach V.'s Ansicht durchaus ein Stützkorsett. Und zwar verwendet er bei ernsten progredienten Fällen ein starres Mieder aus Cellulose oder Hornhaut, bei leichteren, prognostisch günstigen Krümmungen ein Bügelkorsett. Dasselbe wird wirksamer gemacht durch verstellbare Verbindungsschienen an der oberen Peripherie des Korsetts.

Die Prognose der Skoliose ist durchaus nicht so trübe, wie vielfach geglaubt wird, wenn alle Hilfsmittel energisch ausgenutzt werden. (Selbstbericht.)

W. Schulthess (Zürich): **Über die Wirkungen des orthopädischen Korsetts bei Skoliose.**

Vortr. bespricht Eingangs ganz allgemein die Wirkungen des orthopädischen Korsetts, die zum Theil im Allgemeinbefinden (Anämie), zum Theil als Atrophie des Pannic. adiposus, der Haut, der Muskeln an den bedeckten oder in ihren Funktionen beschränkten Theilen sich geltend machen. Trotz der großen Unterschiede in der Korsett-Technik der verschiedenen Orthopäden lässt sich doch für alle Korsetts ein gewisser Typus der mechanischen Wirkung feststellen. Das in redressirter Stellung angelegte Korsett hat die Fixation des redressirten Rumpfes zu übernehmen. Es muss dabei seine Stützpunkte am Rumpfe selbst suchen, und so kommt es, dass ein gewisser Spannungsüberschuss sich stets in Stellungsveränderung des Korsetts zu äußern bestrebt ist. Das Redressement und die Fixation des Rumpfes durch das Korsett bleibt desshalb stets etwas sehr Unvollkommenes, häufig hat das Korsett gar nicht die Wirkung, die wir von ihm erwarten. Vor Allem kann es die Niveaudifferenzen des Rückens nicht ausgleichen.

Das Material des orthopädischen Instituts in Zürich (Lüning und Schulthess) wurde von dem gew. Volontärarzt der Anstalt, Herrn Dr. Hussy, in Bezug

auf Korsettwirkungen zusammengestellt. Vortr. erwähnt hier hauptsächlich die Ergebnisse in Bezug auf die Torsion.

Es wurden dafür nur die schweren Fälle gewählt, ausschließlich komplicirte Dorsalskoliosen.

Sie wurden in 6 Gruppen eingetheilt:

1) Fälle, welche vor dem Eintritte ins Institut anderwärts mit Korsetts längere Zeit behandelt wurden.

2) Fälle, welche nicht behandelt wurden.

3) Fälle, welche auswärts ohne Korsetts oder Portativapparate behandelt wurden.

4) Fälle, welche in der Anstalt mit Korsetts behandelt wurden.

5) Mit Korsetts entlassene Fälle, die später kontrollirt werden konnten, und

6) Fälle, die im Institute ohne Korsetts behandelt wurden.

Für jede dieser Gruppen wurden nun die Torsionsgrade nach den vorhandenen Zeichnungen (Zeichnungsapparat) und Messungen (Nivellirtrapez) registrirt, und bei den in Beobachtung gebliebenen Fällen noch festgestellt, ob die Torsion sich vermehrt oder vermindert habe. Diese Zusammenstellung, welche in verschiedenen Tabellen demonstrirt wird, hat nun der Hauptsache nach ergeben:

Lange Korsettbehandlung scheint den Rippenbuckel zu vermehren, die höchsten Torsionsgrade sind bei recht langer Korsettbehandlung ohne weitere mechanische Behandlung konstatirt worden.

Bei Einschaltung des Korsetts in die anderweitige mechanische Behandlung erkennt man deutlich, dass die Torsion nicht mehr in dem Maße abnimmt, wie sie vorher abgenommen hatte, oder gar sich wieder vermehrt.

Während bei der im Institute geübten Behandlungsmethode die Torsion fast durchweg abnimmt, nimmt sie bei der Fortsetzung der Behandlung mit Korsett allein regelmäßig zu.

Die Ergebnisse dieser Zusammenstellungen veranlassten den Vortr. zu dem Schlusse, dass die Korsettbehandlung bedeutend zurückzudrängen sei gegenüber der heute geübten Praxis, dass orthopädische Korsette nicht bei leichten Fällen und nur dann anzuwenden seien, wenn man von der Anwendung desselben einen gewissen Erfolg erwarten kann. Ferner räth Vortr. auch, die Korsetts nur einige Stunden des Tags gewissermaßen übungsweise tragen zu lassen. Geschlossene Gipskorsetts sind zu verwerfen. Nie soll ein Korsett verordnet und applicirt werden, ohne dass eine mechanische anderweitige Behandlung gesichert ist.

Für die Praxis pauperum ist eine wirksame Skoliosenbehandlung nur auf dem Wege der Gründung von Anstalten erreichbar, die zugleich Erziehungsanstalten sind.

(Der Vortrag erscheint in extenso in den Sitzungsberichten der 71. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte und eine weitere ausführliche Arbeit über denselben Gegenstand von Dr. Hussy in der Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie.)

(Selbstbericht.)

Diskussion: Lange ist überzeugt, dass das Redressement einer Skoliose nur durch aktiv redressirende Übungen möglich ist. Ein Korsett ohne Übungen ist ein Kunstfehler.

Hoffa: Feste Korsette sind durchaus zu verwerfen, das Korsett überhaupt dagegen nicht. Ein Korsett, das eine Skoliose redressiren kann, giebt es nicht, wohl aber giebt es ein Korsett, das das erzielte Resultat erhalten kann. Ganz heilen kann man die Skoliose überhaupt nicht.

Joachimsthal bevorzugt bei frischen Fällen ausschließlich gymnastische Behandlung. Schwere Skoliosen müssen gestützt werden.

Maier erinnert an die Theorie des Anatomen Sömmering, der das gewöhnliche Korsett für die Entstehung der Skoliose anschuldigte (Zusammendrücken der Rippen, Drehung der Wirbelsäule, Ausbuchtung der schwächeren Seite nach hinten.)

Tausch weist auf die schädlichen Folgen hin, die den Kindern aus dem Nichttragen eines Korsetts erwachsen. **Krecke** (München).

Vulpius: Es ist bedauerlich, dass die wichtige Korsettfrage in letzter Stunde angeschnitten wird. Es ist zu fürchten, dass, durch das abfällige Urtheil von Schulthess veranlasst, der praktische Arzt seinen Pat. von dem ihnen nöthigen Korsett abräth.

Es muss darum entschieden gegen die Schulthess'schen Ansichten Stellung genommen werden.

Es gelingt bei richtiger Technik, gutsitzende und wirksame Korsette herzustellen, wovon man sich leicht überzeugen kann. Zum mindesten vermag das Mieder festzuhalten, was durch die Behandlung gewonnen wurde, es kann aber auch redressirend wirken. Schädliche Einflüsse sind durchaus nicht die nöthige Folge des Korsetttragens.

Die Tabellen, auf welche Schulthess seine Kritik basirt, sind theils auf Trugschlüssen aufgebaut, theils auf Messbildern, deren absolute Beweiskraft und Richtigkeit durchaus nicht feststeht. V. hält sie für unzweifelhaft unzuverlässig.

Es muss konstatirt werden, dass alle anwesenden Orthopäden einen dem Schulthess'schen entgegengesetzten Standpunkt einnehmen.

(Selbstbericht.)

Köllicker betont die Nothwendigkeit eines Korsetts, zumal bei Neuralgie. Von großer Bedeutung erscheint ihm auch die vertikale Distraktion.

Schulthess widerspricht Vulpius und hebt nochmals hervor, dass bei seinen Messungen sich die Bilder durchaus gleich geblieben sind.

Krecke (München).

Bardenheuer (Köln): **Über die Resektion der Synchondrosis sacro-iliaca wegen Tuberkulose.**

Nach Bemerkungen über das Vorkommen, die Symptome und Prognose des genannten Leidens bespricht B. die Technik der Resektion, welche er bisher in 20 Fällen ausgeführt hat:

Modificirter Sprengel'scher Schnitt; derselbe beginnt an der Grenze von vorderem und mittlerem Drittel der Crista ilei, gleichzeitig die äußere Lippe der Crista ilei abtrennend, verläuft nach hinten bis zu den Processus spinosi, steigt von hier senkrecht nach unten bis zum Os coccygis und wendet sich nun gegen den Trochanter minor, ohne ihn zu erreichen. Ablösung des Periosts von der äußeren Fläche des Darmbeines bis zur Incisura ischiadica major, ebenso des Labium internum und des Periosts von der Innenfläche. Entfernung eines Keiles aus dem oberen Rande des Os ileum, Durchführung einer Gigli'schen Säge von dem Knochendefekte aus zum Foramen ischiadicum majus, Durchsägung des Darmbeines und Entfernung desselben dadurch, dass man einen breiten Meißel auf das Gelenk aufsetzt. Der Gelenktheil des Os sacrum wird mit der Gigli'schen Säge entfernt, tiefer greifende Herde werden vorsichtig mittels schmalen Meißels resecirt. Vernähung der cristalen und trochanteren Wunde, Tamponade des hinteren Theiles. Nachbehandlung bei Bauchlage oder mittels Gipshose.

Die Resektion ist indicirt bei Entwicklung eines Abscesses. Die Mortalität beträgt 30%. Von den letzten 4 Fällen ist keiner gestorben.

Diskussion: Schede (Bonn) hat seit dem Jahre 1875 26mal die Synchondrose resecirt. Der Eingriff ist ziemlich groß. Von 26 Kranken sind 10 geheilt, 10 gestorben, 6 nicht geheilt. In nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen hat S. durch Jodoforminjektionen und Fixation (in Suspension) günstige Erfolge erzielt.

Bardenheuer räth ab von der Meißelresektion, welcher er einmal Fettembolie hat folgen sehen. **Krecke** (München).

Reiner (Wien): **a. Über eine Methode zum Studium der Knochenstruktur.**

R. empfiehlt zum Studium der Knochenstruktur die stereoskopische Betrachtung von Röntgenphotogrammen.

b.* Über Beckenveränderungen nach der blutigen Operation der kongenitalen Hüftverrenkung.

Die von R. beobachteten Beckenveränderungen lassen darauf schließen, dass sich bei jugendlichen Individuen nach der Operation der Hüftluxation, wenn durch Ausbohrung eine künstliche Pfanne hergestellt wird, Wachsthumsstörungen auftreten, welche später zu einem schräg verengten Becken und zu Geburtsstörungen führen können. Er hält desshalb die Epiphysengegend des Beckens für sacrosankt und warnt vor der blutigen Herstellung einer Pfanne.

F. Krumm (Karlsruhe).

Helferich (Kiel): **Über Operationen an der Kniescheibe.**

H. beschränkt sich wegen der Kürze der Zeit auf 2 kleine Mittheilungen.

1) Operatives Verfahren bei älteren Patellarfrakturen mit erheblicher Trennung der Bruchstücke.

Eine bessere Annäherung der Fragmente ist nach breiter Eröffnung des Kniegelenks immer möglich; aber eine völlige Vereinigung ist nur möglich durch Annäherung der Ansatzpunkte des Lig. patellare (Abmeißelung und Verschiebung der Tuberos. tibiae) oder des Quadriceps (theoretisch möglich durch Resektion eines Stücks aus der Femurdiaphyse), oder durch eine Knochenplastik an der Patella selbst. Letzteres ist kürzlich in Form der Bildung eines kleinen Knochenlappens empfohlen. H. hat schon vor 2 Jahren 2 Fälle so operirt, dass er sterilisirte spongiöse Knochenscheiben von angemessener Form und Größe in den Spalt, resp. Defekt, zwischen die Patellarfragmente implantirte und dann die Silberdrahtnähte darüber vereinigte. An 3 Gelenken erzielte H. auf diese Weise, bei aseptischem Verlaufe, recht befriedigende Resultate.

2) Ein Vorschlag zur Behandlung der durch knöcherne Verwachsung der Patella verursachten Kniegelenksankylosen.

Bei Fällen dieser Art kann eine vorhandene ganz geringe Beweglichkeit den Beweis dafür liefern, dass in der That das Kniegelenk im Übrigen seine Bewegungsfähigkeit nicht eingebüßt hat. Wenn durch das unblutige mechanische Behandlungsverfahren nichts zu erreichen ist, die einfache Absprengung der Patella nicht genügt, so könnte eine Interposition von Muskelsubstanz in der Weise herbeigeführt werden, dass eine Schicht des M. vastus internus mit der Basis des Lappens gegen die Kniescheibe abpräparirt und breit zwischen Patella und Femur gelagert würde. An der Hand von anatomischen Abbildungen wird die technische Möglichkeit des Verfahrens dargethan. H. stützt sich hier auf seine Erfahrung mit künstlicher Muskelinterposition bei reiner knöcherner Kiefergelenksankylose, welche in seinem Falle dauernd gutes Resultat ergeben und auch in seitdem nach gleichem Princip operirten Fällen sich nützlich erwiesen hat.

Genauere Mittheilungen sollen an anderer Stelle erfolgen.

(Selbstbericht.)

Schultze (Duisburg): **Beitrag zur Behandlung des jugendlichen Klumpfußes.**

Häufig kommt im jugendlichen Alter eine Form des Klumpfußes vor, welche charakterisirt ist durch die Schwingung der Fußsohle. Die Form ist selten kongenital, sondern meist das Produkt einer nicht völlig durchgeführten Behandlung.

Klinisches Bild: Pat. tritt mit ganzer Fußsohle auf; letztere ist deutlich geschwungen. An der Außenseite des Fußes befindet sich ein Buckel, entsprechend dem Sinus tarsi. 3 Formen kann man zweckmäßig unterscheiden, leichte, mittlere und schwere Form.

Bei der leichten Form besteht kaum ein Buckel, die Korrektur des Fußes lässt sich durch Fingerdruck erreichen; bei der mittleren Form ist der Buckel deutlich ausgeprägt, die Korrektur der Fußsohle unter nicht geringer Kraftaufwendung möglich; bei der schweren Form ist ein starker Buckel vorhanden, die Schwingung der Fußsohle lässt sich nicht mehr ausgleichen, die Pat. gehen

mehr auf dem äußeren Fußrande; somit die beste Vorbedingung für ein Klumpfußrecidiv.

Therapie: Mobilisation mit oder ohne den Lorenz'schen Osteoklasten. Modellirung des Sinus tarsi, Gipsverband. — Nachbehandlung vermittels eines von mir konstruirten Schienenapparats bei Nacht.

Nach der Mobilisation muss der Fuß durch Fingerdruck in die gewünschte Stellung übergeführt werden können. Es folgt die Modellirung in einem dünnen, 2 Gipsbinden umfassenden Gipsverbande, welcher unter Überkorrektur in Abduktion eine starke Ausprägung des Sinus tarsi gestattet. Nach Abnahme des Verbandes ist der Sinus tarsi sehr gut ausmodellirt; derselbe wird erhalten durch Applikation des bei Nacht zu tragenden Schienenapparats. Tags über laufen Pat. im Roser'schen Schienenschuh.

Das Dauerresultat wird garantirt durch Ausmodellirung des Sinus tarsi. Der Klumpfußbuckel muss in eine Delle umgewandelt werden. Durch jeden zur Nachbehandlung angegebenen Apparat muss der Vorfuß zum Hinterfuß eine Veränderung der Stellung im Sinne der Abduktion erfahren. (Selbstbericht.)

J. A. Rosenberger (Würzburg): **Über die Behandlung von gleichzeitigen komplicirten Frakturen des Ober- und Unterschenkels derselben Seite.**

Wenn die Behandlung einer gleichzeitigen Fraktur des Ober- und Unterschenkels an sich schon keine leichte Aufgabe für den Chirurgen ist, so wird sie noch erheblich erschwert, wenn die Brüche komplicirte sind, so dass sich im letzteren Falle die Frage nicht selten aufdrängt, ob nicht der sofortigen Amputation der Vorzug vor dem Versuche einer konservativen Behandlung zu geben sei. Den letzteren riskirte R. in folgendem Falle:

Ein 38jähriger, gesunder Landmann stürzte beim Bergabfahren eines schwergeladenen Sandfuhrwerks in Folge Reißens der Hemmkette. Das linke Hinterrad brach ihm den rechten Ober- und Unterschenkel. R. wurde zugezogen, da dem zuerst gerufenen Arzte die Reposition des bei der entstandenen Durchstechungsfraktur herausgetretenen oberen Tibiaendes nicht gelang; seit dem Unfalle waren 14 Stunden verstrichen. Das in toto stark geschwollene Bein fühlte sich kalt an, aus der über den großen Gefäßen gelegenen Durchstichstelle des oberen Femurbruchendes entleerte sich auf Druck sehr viel flüssiges venöses Blut mit Luftblasen vermischt. Da der Oberschenkel sich auch kalt anfühlte, so machte die Wunde den Eindruck einer Verletzung an der Leiche, so dass R. von konservativer Behandlung sofort abgesehen haben würde, hätte ihn nicht der günstigere Eindruck, den der warme Unterschenkel machte, zum Abwarten bestimmt. Hier ragte das obere Tibiaende 8 cm vor, wie aus einem Knopfloch.

Die Hauptschwierigkeit, einen Verband zu finden, der bei bestmöglichster Fixation der Frakturenden das Verbinden derselben bequem ermöglichte, ohne die Fixation unterbrechen zu müssen, löste R. in der Weise, dass er eine lange Außenschiene aus weichem Holz anlegte, die von den falschen Rippen bis über den äußeren Fußrand reichte. Dieselbe blieb 19 Tage liegen, während deren an den Wunden manipulirt werden konnte, ohne dass es nöthig gewesen wäre, die Schiene zu entfernen.

Nach erfolgter Heilung zeigte sich eine Verkürzung des Beins um 3 cm, die, wie das Radiogramm zeigte, ausschließlich am Oberschenkel stattgefunden hatte.

R. glaubt, dieses günstige Resultat auf die Anwendung der Außenschiene zurückführen zu dürfen. (Selbstbericht.)

Bardenheuer (Köln): **Transplantation des Metatarsus zum Ersatz des Metatarsus.**

B. empfiehlt zum Ersatz des resecirten tuberkulösen Metatarsus I die Transplantation des Metatarsus II in der Weise, dass der letztere aus seiner Verbindung mit der Basalphalanx der 2. Zehe, aus der Muskulatur und aus den zum Metatarsus III ziehenden Ligamenten ausgelöst wird. Nach dieser Auslösung lässt er sich bequem nach innen verschieben; die Basis der 1. Phalanx wird auf sein Köpfchen auf-

genagelt. Die Wunde wird ganz geschlossen. Von den 4 in dieser Weise operirten Fällen werden die Skiagramme demonstrirt.

Zum Ersatz des verloren gegangenen Metacarpus IV hat B. eine ähnliche Operation ausgeführt.

Die von B. empfohlene Spaltung des Metatarsus kann man bei Individuen bis zum 20. Jahre ausführen, wenn man darauf achtet, dass der zurückgebliebene Spalttheil höchstens ein Viertel des ganzen Metatarsus beträgt.

Krecke (München).

Schulz (Hamburg-Eppendorf): **Über kongenitalen vollständigen Defekt von Händen und Füßen.** (Demonstration.)

An der Hand von Photographien und Röntgenbildern bespricht S. 2 derartige Fälle, die in kurzer Zeit nach einander in der chirurgischen Abtheilung des Neuen Allgemeinen Krankenhauses wegen eines anderweitigen Leidens zur Behandlung kamen. Missbildungen an den Extremitäten, in so fern sie nur einzelne Phalangen, Metacarpi etc. betreffen, sind nicht allzu selten, völliges Fehlen von Hand und Fuß bei im Übrigen normal entwickelten Personen jedoch gehören zu den allerseltensten Vorkommnissen. In dem 1. Falle, der in den Krankenhausannalen bereits mitgetheilt, handelt es sich um einen 47jährigen Mann, bei dem sich in Hinsicht auf Missbildungen für Heredität kein Anhalt fand. Derselbe zeigte bei im Übrigen normalen Extremitäten statt des rechten Fußes einen Stumpf, welcher auf den ersten Blick den Eindruck eines Chopart'schen Amputationsstumpfes machte. Der nicht verkürzte, aber etwas atrophische Unterschenkel geht an seinem unteren Ende in einen nach allen Seiten gleichmäßig abgerundeten, an der Sohlenfläche etwas abgeplatteten Stumpf über, der am hinteren Umfange fast wie eine normale Ferse gebildet ist. Beim Betasten fühlt man 2 Knochenhöcker, die nur sehr wenig gegen die Unterschenkelknochen verschieblich sind. Die Röntgenaufnahme ergiebt nun 2 rudimentäre Fußwurzelknochen, die nach ihrer Lage dem Calcaneus und Talus entsprechen. In der Litteratur fand sich nur ein einziger derartiger Fall beschrieben, derselbe stammt aus der Bruns'schen Klinik aus dem Jahre 1892. Durch eine supramalleoläre Amputation, die wegen eines Mal perforant vorgenommen wurde, konnte man hier das Vorhandensein nur eines verkümmerten Fußwurzelknochens nachweisen.

Der 2. Fall betrifft ein 16jähriges Mädchen, die wegen einer Spina ventosa der linken Hand das Krankenhaus aufsuchte. Die rechte Hand fehlt vollständig. Der um 3 cm verkürzte Vorderarm geht vorn in einen Stumpf über, an dem man anfänglich an einer geringen Hauteinstülpung ebenfalls eine Amputationsnarbe zu erkennen glaubte. Einzelne Knochen waren an dem Ende nicht fühlbar, jedoch zeigte uns das Röntgenbild auch hier das Vorhandensein zweier nicht völlig entwickelter Handwurzelknochen. In der Familie des sonst gut entwickelten Mädchens finden sich keinerlei Missbildungen.

In entwicklungsgeschichtlicher Hinsicht sind vorliegende Missbildungen äußerst interessant; ob es sich um fötale Spontanamputationen oder um Hemmungsbildungen handelt, lässt sich nicht so leicht entscheiden. (Selbstbericht.)

Tausch: **Über den angeborenen Defekt der Fibula.**

7jährige Pat., aus hereditär nicht belasteter Familie stammend; Gravidität und Geburt normal, nur auffallend wenig Fruchtwasser. Sofort nach Geburt Deformität sichtbar. Vom 4. Jahre an Tragen eines orthopädischen Apparats. In diesseitiger Behandlung seit 2 Monaten. Rechtes Bein atrophisch, speciell der Unterschenkel. Starke Verkürzung. Winklige Knickung der Tibia, Biegung nach vorn innen konvex. Auf der Höhe der Knickung eine narbenähnliche, $2^1/_2$ cm lange und $^1/_2$ cm breite Hautfalte, Muskulatur stark atrophirt. Fuß in Equino-valgus-Stellung. Achillessehne stark verkürzt. Beim Palpiren lässt sich eben so wie durch das Röntgenbild ein vollständiges Fehlen der Fibula nachweisen. Andere Deformitäten nicht vorhanden. Längenverhältnisse:

	Linkes Bein	58,	rechtes	45,
	linker Oberschenkel	28,	rechter	24,
	» Unterschenkel	27,	»	22,
	» Fuß	19,	»	17.
Umfänge:	» Oberschenkel	31,	»	29,
	» Unterschenkel	22,	»	$15^1/_2$,
	» Fuß	29,	»	22.

Also eine Verkürzung des rechten Beins von 13 cm.

Bezüglich der Ätiologie glaubt Vortr. die Annahme einer intra-uterinen Tibiafraktur zurückweisen zu müssen und hält die Hypothese von Dareste (mangelhafte Ausdehnung des Amnions und dadurch bedingten Druck auf den Fötus im 2. Monat mit consecutiven Wachsthumsdefekten knorplig präformirter Theile) als wahrscheinlich und allen Anforderungen bezüglich der Erklärung entsprechend.

Therapeutisch sind 3 Punkte zu berücksichtigen: a. Verkürzung, b. Winkelstellung, c. Verlagerung des Fußes. Am besten entspricht ein Schienenhülsenapparat, wenn man nicht vorzieht, entweder die Tibia zu spalten (Bardenheuer), um den Talus in die entstandene Gabel einzupflanzen oder eine Arthrodese in Equinusstellung (Braun) zum Ausgleich der Verkürzung vorzunehmen.

Pat. geht mit ihrer Prothese und Korkeinlagerung im Schuh vortrefflich.

(Selbstbericht.)

Kleinere Mittheilungen.

12) **A. Scharff.** Knochenverkrümmungen nach entzündlicher Erweichung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

Nach Berücksichtigung der Litteratur berichtet Verf. über 3 von Vulpius behandelte Pat. Bei einem 19jährigen jungen Manne war nach akuter Osteomyelitis eine bogenförmige Verkrümmung des linken Oberschenkels aufgetreten, bei einem 11jährigen Knaben nach Kniegelenktuberkulose eine Verkrümmung des rechten Oberschenkels, und bei einem $12^1/_2$jährigen Mädchen eine Verkrümmung der linken Tibia wahrscheinlich durch Osteohalisteresis.

J. Riedinger (Würzburg).

13) **W. Turner.** On Achondroplasia.

(Practitioner 1899. September.)

Der Name Achondroplasie wurde bekanntlich von Parrot eingeführt für die Erkrankung, die einige Eigenthümlichkeiten sowohl der Rachitis, als des Kretinismus aufweist. Der Name ist jedoch nicht gut gewählt, da durchaus nicht jede Thätigkeit des Knorpels fehlt. Die Knochenbildung ist vielmehr eine recht energische, nur findet sie nicht in der Richtung, die den Schaft des Knochens verlängert, statt. Desshalb ist der von Kaufmann vorgeschlagene Name, der Chondrodystrophie, vorzuziehen.

Verf. hatte Gelegenheit, einen einschlägigen Fall zu beobachten. Das 10jährige Mädchen stammte aus gesunder Familie. Es blieb in der Größe hinter einem 3jährigen Kinde zurück. Seit dem 5. Jahre ist es überhaupt nicht mehr gewachsen. Die Verkürzung betrifft wesentlich die Beine und Arme. Die Gelenktheile der Glieder sind unregelmäßig geformt, die Diaphysen abnorm kurz. Der Nabel ist 3 Zoll unterhalb der Körpermitte. Die Arme sind so kurz, dass die Fingerspitzen sich nicht über dem Kopfe, und nur mit Mühe hinter dem Rücken berühren können. Das Ellbogengelenk kann nur bis 150° gestreckt werden, Knie-, Hand- und Fingergelenke sind abnorm beweglich. Die Trochanter stehen oberhalb der Roser'schen Linie. Die Deformitäten wurden bereits bei der Geburt entdeckt. Das Gesicht ist klein, mit groben Zügen und stark eingedrückter Nasenwurzel. Die Schilddrüse ist anscheinend normal, die Haut dünn und zart. Die Intelligenz

ist gut entwickelt. Die Erkrankung ist sehr wohl von früher Rachitis zu unterscheiden.

Strauch (Braunschweig).

14) **J. Eröss.** Ein Fall von im fötalen Leben geheilter Spina bifida.

(Ungar. med. Presse 1899. No. 21.)

Verf. fand an einem neugeborenen Kinde in der Mittellinie des Nackens eine kleine dünngestielte Geschwulst aus Haut und einem in derselben verlaufenden narbenartigen Strange bestehend. Der Bogen des 4. Halswirbels ließ eine kleine Lücke tasten, an deren Rändern sich der Strang ansetzte. Es war anzunehmen, dass es sich um eine spontan geheilte Spina bifida gehandelt habe.

Neugebauer (M. Ostrau).

15) **Kirchgässer** (Bonner med. Klinik). Über chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 41.)

16) **Müller** (Erlanger med. Klinik). Beiträge zur Lehre von der ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule.

(Ibid.)

Die von K. mitgetheilten 2 Fälle betrafen junge Mädchen im Alter von 20 und 24 Jahren; in ätiologischer Beziehung war nichts Bestimmtes festzustellen. Der Verlauf war bei der einen Pat. ein sehr langsamer, indem bereits in der Kindheit Anfangsstadien von Hüftgelenksversteifung vorhanden gewesen zu sein scheinen; die andere Kranke hatte früher Rachitis. In klinischer Hinsicht ähneln die Fälle den bisher beschriebenen. —

Dasselbe gilt von dem von M. mitgetheilten, wenn er auch weiter fortgeschritten war, als die meisten der früheren Beobachtungen; auch die Halswirbelsäule war völlig versteift, der Kopf starr fixirt, die Schultergelenke bereits ergriffen. Der Beginn der Krankheit war in diesem, einen 28jährigen Mann betreffenden Falle, abweichend von den übrigen, ein rascher, indem ganz plötzlich die heftigsten Schmerzen in der ganzen Wirbelsäule und in beiden Hüftgelenken auftraten.

Kramer (Glogau).

17) **A. M. Hirschberger.** Beitrag zur Lehre der angeborenen Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

1) $4^1/_2$ Monate altes Kind. Skoliose der Wirbelsäule, Brust- und Lendenwirbelsäule links konvex, Hochstand des rechten Beckens, Hüftgelenksverrenkung rechts, Adduktionskontraktur des rechten Beines, Lähmung des linken Beines. »Intra-uterine Belastungsdeformität.« Therapie: Gipsverband vom Thorax abwärts Behufs Geraderichtung des Beckens und Beseitigung der Kontraktur. Tod an katarrhalischer Pneumonie etwa 14 Tage später. Beschreibung des pathologisch-anatomischen Präparats.

2) Beschreibung eines Präparats. Geringgradige S-förmige Verkrümmung in Folge Verschmelzung des 2. und 3. Lendenwirbels.

An die Mittheilung dieser von Hoffa zur Verfügung gestellten Kasuistik knüpft Verf. eine Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur, welche noch nicht umfangreich ist. Die Fälle angeborener Skoliose werden eingetheilt in jene, welche intra-uterin in Folge fehlerhafter Belastung entstanden sind, und in jene, welche auf ungleichmäßiger Wirbelbildung beruhen. Eine weitere Abtheilung umfasst diejenigen Verkrümmungen der Wirbelsäule, die mit anderen Missbildungen (fötaler Rachitis, Eventratio, Spina bifida) verbunden sind.

J. Riedinger (Würzburg).

18) **Goldthwait.** Pott's paraplegia as affected by the correction of the spinal deformity.

(Boston med. and surg. journ. 1899. August.)

G. berichtet über 10 Fälle, bei welchen die Anlegung eines Gipskorsetts nach möglichster Korrektur des Pott'schen Buckels einen mehr oder weniger lange

anhaltenden günstigen Einfluss auf die bestehenden Paraplegien ausübte. Dass nach solchen Korrektionsversuchen akute Miliartuberkulose eintrat, scheint Verf. nicht beobachtet zu haben. Auch in 2 alten und anscheinend hoffnungslosen Fällen ließ sich durch die angegebene Behandlung noch eine deutliche Besserung erzielen.

Willemer (Ludwigslust).

19) **H. Gocht.** Beitrag zur Lehre von der Sehnenplastik.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

In einer allgemeinen Betrachtung über Sehnenplastik bei Lähmungen, die G. seiner Arbeit vorausschickt, nennt er die Überpflanzung der Sehne eines gelähmten (passiven) Muskels oder eines Theils derselben an die Sehne eines funktionskräftigen Muskels »passive« Transplantation und die Überpflanzung der Sehne oder eines Theils der Sehne eines funktionskräftigen (aktiven) Muskels »aktive« Transplantation statt »aufsteigende« und »absteigende« Transplantation nach Vulpius. Im Princip ist der aktiven Transplantation nicht der Vorzug vor der passiven zu geben, wenn auch rein theoretische Erwägungen den Gedanken der aktiven Transplantation anatomisch-physiologisch richtiger erscheinen lassen. Technische Schwierigkeiten bestehen bei der passiven Transplantation nicht.

Der Haupttheil der Arbeit besteht in der Mittheilung von 19 Krankengeschichten aus Hoffa's Klinik. In denselben sind wohl auch die eigenen Erfahrungen des Verf. am Krankenmateriale niedergelegt und sie sind reich an interessanten Details. Über das Resultat der Operationen kann Verf. nur Gutes berichten. Von den 21 Operationen entfallen 5 auf die oberen, 16 auf die unteren Extremitäten. Was den Charakter der Lähmungen betrifft, so sind sowohl schlaffe als spastische Lähmungen verzeichnet. **J. Riedinger** (Würzburg).

20) **Hoffa.** Zur Lehre von der Sehnenplastik.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 30.)

H. berichtet über 22 Fälle, an welchen er 26 Sehnentransplantationen ausgeführt hat. In 15 Fällen wurde die Sehne eines noch funktionstüchtigen Muskels in toto durchtrennt, und sein centraler Stumpf der Sehne des gelähmten Muskels einverleibt und diesem dadurch neue Kraft zugeführt. In 6 weiteren Fällen durchschnitt H. die Sehne des gelähmten Muskels und nähte das periphere Ende derselben centralwärts an den kraftgebenden Muskel. In einem Falle wurde die Transplantation durch Kombination beider oben erwähnten Methoden vorgenommen. Bis auf 3 Fälle, welche durch Stichkanaleiterung resp. Ligatureiterung gestört wurden, sind alle übrigen glatt geheilt, die erzielten Resultate sind im Ganzen als recht befriedigende zu bezeichnen. **Gold** (Bielitz).

21) **A. Cappelen.** Über Sehnenüberpflanzung und Sehnenplastik bei Radialislähmung.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1899. August.)

Ausgehend von den in den letzten Jahren gemachten Versuchen mit Sehnenüberpflanzung berichtet Verf. über einen Fall von Radialislähmung nach Oberarmschussbruch, in Folge wovon 6 cm des Nerv. radialis verloren gegangen waren.

Zuerst wurde die Sehne des Extensor carpi radialis durchgetrennt, und das centrale Ende so nahe wie möglich an der Insertionsstelle des peripheren Endes eingenäht; das Handgelenk wurde dadurch in Extensionsstellung fixirt. In derselben Sitzung wurde die Sehne des Flexor carpi ulnaris, der von seiner Insertion am Os pisiforme abgelöst wurde, an die Sehne des Extensor digitorum communis genäht. Einige Wochen später wurde die seitliche Hälfte der Sehne des Flexor carpi radialis mit dem Extensor pollicis longus vereinigt. Die Sehnenüberpflanzung gelang sehr gut. 3 Monate nach der 1. Operation ist das Resultat folgendes: Das Handgelenk ist in leicht extendirter Stellung fixirt und behält diese Stellung auch, wenn die Finger so kräftig wie möglich flektirt werden. Die 4 letzten Finger können vollständig extendirt werden. Der Daumen lässt sich beinahe extendiren wie der der anderen Hand; dagegen ist seine Abduktionsfähigkeit etwas

eingeschränkt. Das funktionelle Resultat ist in jeder Hinsicht befriedigend; denn Pat. — ein 9jähriges Mädchen — kann ihre Arbeit machen, schreiben, stricken, häkeln, sich anziehen etc. Verf. bedauert, dass man in dem gleichen Falle wegen der bedeutenden Läsion der Muskeln des Oberarms eine Vereinigung eines funktionsfähigen Muskels mit dem gelähmten Musc. supinator nicht herstellen kann.

J. Wislöff (Christiania).

22) **H. Winkler.** Ein Beitrag zur Statistik der Sehnenüberpflanzungen bei Nervenlähmungen.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1898.

Nach Besprechung der Geschichte und bisherigen Kasuistik des von Nicoladoni 1882 ersonnenen Operationsverfahrens berichtet Verf. über 3 in der Greifswalder chirurgischen Klinik operirte Fälle von Sehnenüberpflanzung.

Im 1. Falle wurde bei einem Pes valg. paralyt. nach vergeblich versuchter Arthrodese die Hälfte des M. extens. halluc. in die Sehne des entarteten M. tib. antic. eingepflanzt. Gutes Resultat.

Im 2. Falle wurde bei einem 7jährigen Kinde mit paralytischem Klumpfuß ein Theil der Achillessehne mit den Peronealsehnen vernäht und am Fußrücken die Insertion des M. tib. antic. an das Os cuboideum genäht. Besserung.

Beim 3. Falle wurde zur Kräftigung der sehr schwachen Wadenmuskulatur die halbe Achillessehne in einen Spalt der Sehne des M. peroneus long. eingenäht. Wesentliche Besserung. **Payr** (Graz).

23) **Roll.** Beiträge zur Behandlung des Klumpfußes.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1899. September.)

Verf. beschreibt einen Fall von doppelseitigen Klumpfüßen bei einem 12jährigen Knaben. — Er hat, um eine normale Stellung der Füße herzustellen, eine Operation gemacht, die er bis jetzt nicht beschrieben gesehen hat.

Die Verbildung bestand in einer vollständigen Luxation in dem Chopartschen Gelenke, so dass Os cuboideum und Os naviculare — das eine mit der Innenfläche des Calcaneus, das andere mit der Innenfläche des Talus artikulirten. Um die Weichtheile auszudehnen und dadurch die Adduktion und Supination aufzuheben, wurde zuerst Redressement gemacht. Nach 2 Monaten fiel die Längsachse des Metatarsus mit der Längsachse des Tarsus zusammen. Der hintere Theil des luxirten Fußes glitt aber beinahe 3 cm unter die Plantarfläche des Calcaneus in der Richtung der Ferse. Die Dorsalflexion war durch die Behandlung nicht beeinflusst.

Nach Tenotomie der Achillessehne wurden durch 2 laterale Incisionen und eine dorsale alle Weichtheile von den Knochen abgelöst — besonders von der Plantarfläche — und es gelang nun, den Metatarsus in seine normale Stellung zu bringen. Um den Fuß an diese zu fixiren, musste Os cuboideum durch Silbernaht mit Processus anterior calcanei vereinigt und der Fuß im Talocruralgelenke plantarflektirt werden. Dabei veranlassten die Weichtheile der inneren Seite eine Adduktion des Metacarpus, so dass die Fußstellung ein ausgesprochener Equinovarus war. Durch Gipsverband wurde der Fuß in dieser Stellung befestigt. 3 Wochen später wurde ein Redressement gemacht. 14 Tage danach steht Planta pedis vollständig horizontal. Kein Muskel und keine Sehne sind durch diese Operation durchgetrennt, die Bänder und Gelenkkapseln sind alle in der Faserrichtung durchgeschnitten und isolirt. Die endliche Stellung des Fußes war befriedigend.

Die Behandlung des 1. Fußes nahm 6 Monate, die des anderen $2^1/_2$ Monat in Anspruch. **J. Wislöff** (Christiania).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 51. **Sonnabend, den 23. December.** **1899.**

I. Zur Radikaloperation der Leistenbrüche bei Säuglingen.

Von

Dr. F. **Karewski** in Berlin.

Die Veröffentlichung A. Fraenkel's in Wien (Centralblatt für Chirurgie 1899 No. 47) über die günstigen Resultate, welche er mit der Radikaloperation von Leistenhernien bei Säuglingen nach der Methode von Bassini gehabt hat, giebt mir Anlass von Neuem darauf hinzuweisen, dass bei so jungen Kindern die Beseitigung des Leistenbruchs nicht der komplicirten Methoden, zu denen doch immerhin das schöne Verfahren Bassini's gehört, bedarf. Wie ich seit dem Jahre 1891 in wiederholten Publikationen gezeigt habe, und wie sich mir seit dieser Zeit alljährlich in so häufigen Fällen bewährt, genügt es bei Kindern vor dem 3. Lebensjahre, die Serosa

des Bruchsacks stumpf abzulösen und sie möglichst hoch oben am inneren Leistenringe zu unterbinden, um eine stets ungestörte und dauernde Heilung zu erzielen. Unter der Zahl meiner Operationen von Leistenhernien junger Kinder befinden sich 13 freie und 6 incarcerirte Brüche bei Säuglingen. Sie wurden fast alle ambulant behandelt. Nur ein Kind, das neben der Incarceration eine Torsion des Samenstrangs und Nekrose des Hodens hatte, überdies bereits bei der Operation fast moribund war, ist 5 Tage nach der Operation gestorben. Alle anderen überstanden den Eingriff, und bei keinem wurde bisher ein Recidiv beobachtet. Die Beobachtungsdauer erstreckt sich bei 2 über 8, bei 3 über 7, bei 2 über 5 Jahre, so dass aus dieser Thatsache auch in Bezug auf die kürzere Zeit beobachteten Fälle ein günstiger Schluss zu ziehen ist.

Es kann ja keinem Zweifel unterliegen, dass die Radikaloperation des Leistenbruchs bei einer beträchtlichen Reihe von ganz jungen Kindern ihre große Berechtigung hat, und die Zahl derjenigen Chirurgen, welche dieser Ansicht sind, hat sich seit meiner ersten Mittheilung auf dem XX. Chirurgenkongresse beträchtlich vermehrt. So hat allein Broca im Jahre 1894 durch Gertrud Gordon 250 Bruchoperationen bei Kindern (darunter 10 bei Säuglingen) zusammenstellen lassen, die er in einem Zeitraume von 2 Jahren vorgenommen hat. Ja es hat fast den Anschein, dass an Stelle des früheren ablehnenden Verhaltens der Chirurgen gegenüber der Anzeige, bei Individuen der ersten Lebensjahre die Radikaloperation freier Hernien auszuführen, sich für Einzelne mehr und mehr eine gewisse, nicht ganz berechtigte Leichtigkeit der Indikationsstellung herausstellt. So sicher es anzuerkennen ist, dass die Jugend des Individuums keine Ursache sein darf, die operative Beseitigung eines Bruchleidens abzulehnen, so sicher steht fest, dass die überwiegende Mehrzahl kleiner Brüche bei Säuglingen unter dem Gebrauche eines Bruchbandes zur Heilung kommt. Nur die Unmöglichkeit ein Bracherium benutzen zu lassen, weil es nicht vertragen wird oder den Bruch nicht zurückhält, die Thatsache, dass der Bruch trotz eines gut sitzenden Bandes nicht verschwindet oder gar sich vergrößert, oder schließlich eine irreponible oder wiederholte Incarceration sollte im ersten Lebensjahre die Operation indiciren. Wenn die Erfolge auch noch so günstig sind, sie erzielen zunächst doch nicht mehr als die so häufige Heilung unter dem Bruchbande. Bei älteren Kindern ist allerdings die Aussicht auf die Spontanheilung eine viel geringere und aus diesem Grunde auch die operative Beseitigung häufiger angezeigt. Für die an sich recht plausible Annahme Fraenkel's, dass auch nach Spontanheilung eines Bruches des ersten Lebensjahres die Bruchanlage persistirt und die Disposition für das Auftreten einer Hernie im höheren Lebensalter schafft, fehlt bisher in so fern der Beweis, als nicht festgestellt ist, wie viele Personen notorisch als Säuglinge einen Bruch gehabt haben, der geheilt und später nach irgend einer Gelegenheitsursache wieder zum Vorschein gekommen ist. Unter

der sehr großen Zahl von Hernien bei jungen Individuen, die ich alljährlich zu sehen Gelegenheit habe, kommt es nur ganz ausnahmsweise vor, dass eine derartige Angabe von den Eltern gemacht wird. Als einen absolut ungefährlichen Eingriff, der so zu sagen auch aus kosmetischen Rücksichten vorgenommen werden darf, kann man aber doch die Radikaloperation bei Säuglingen nicht ansehen, — eben so wenig wie der Vergleich eines Bruchleidens mit einer Hasenscharte, welche die Ernährung des Kindes beeinträchtigt, als unbedingt stichhaltig gelten kann.

Erscheint aber die blutige Behandlung einer Hernie bei einem Säuglinge indicirt, so muss die einfachste Methode, welche schnell und ohne Gefahren ausgeführt werden kann, den anderen vorgezogen werden, so fern sie gleich zuverlässig wie diese ist. Ich habe bereits früher darauf hingewiesen, dass die Unterbindung des von der Bruchstelle abgelösten Peritonealüberzugs die einfachsten Wundverhältnisse giebt, dass sie die kürzeste Heilungsdauer erfordert und keine Recidive zulässt, offenbar weil die natürliche beim Wachsthum sich einstellende Veränderung des Leistenkanals eine dauernde Sicherung nach Fortschaffung der Peritonealausstülpung schafft. Die Ausführung der Operation kann bei einiger Übung in 3—5 Minuten vollendet sein, ein Vorzug, der bei Säuglingen, die unter länger dauernden Operationen oft schwer zu leiden haben, sehr ins Gewicht fällt. Aus allen diesen Gründen kann ich den Fachgenossen das Verfahren angelegentlichst empfehlen.

II. Zur Frage von den Veränderungen in der Schleimhaut des Darmes und der Nieren nach der Implantation des Harnleiters in den Darm[1].

Von

Dr. med. **J. Kalabin** in Moskau.

Während des von mir unternommenen experimentellen Studiums der Frage von der Transplantation der Harnleiter, so wie einiger anderer auf die Chirurgie derselben bezüglicher Fragen, vollzog ich im Frühling (März und April) des Jahres 1898 an 4 Hunden per laparotomiam die Implantation eines Harnleiters in den Darm. Die Resultate dieser Operationen waren folgende: in 2 Fällen erfolgte der Tod in Folge von Peritonitis, in 1 Falle in Folge von Urämie. 1 Hund lebte vom 15. April (dem Operationstage) 1898 bis Mai 1899. Die ganze Zeit über war an ihm nichts Abnormes zu bemerken; das Thier sah gesund und munter aus. Anfang Mai 1899 wurde es von mir getödtet und secirt. Nach der Autopsie bot die Niere, deren Harnleiter an seinem Platze geblieben war, bei der

[1] Mitgetheilt in der Jahressitzung der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft zu Moskau am 29. September (11. Oktober) 1899.

makroskopischen Untersuchung keine merklichen Abweichungen von dem normalen Zustande dar. Der mikroskopischen Untersuchung wurde dieselbe nicht unterworfen.

Die mikroskopische Untersuchung der Niere, deren Harnleiter in den Darm implantirt worden war, ließ folgende Veränderungen wahrnehmen. Vor Allem fällt eine bedeutende, gleichmäßig-mikrodiffuse Wucherung des Bindegewebes zwischen den Harnkanälchen der Medullarschicht der Niere ins Auge. Das Epithel der unversehrt gebliebenen Henle'schen Schlingen der auf- und absteigenden Harnkanälchen ist gequollen und vacuolisirt, theils auch im Zustande körnigen Zerfalls. Im Lumen derselben befinden sich grobkörnige Eiweißmassen.

Wucherung des Bindegewebes macht sich auch in der Rindenschicht bemerkbar, doch in weit geringerem Maße, und ist auf die Markkegel beschränkt.

Das Epithel der gewundenen Harnkanälchen ist stark gequollen, in dem Lumen derselben giebt es ebenfalls körnige Eiweißmassen.

Das Endothel der Bowman'schen Kapsel, so wie der Kapillarknäuel ist gequollen, aber es lässt sich auch eine Verdickung des Stromas derselben wahrnehmen. In der Bowman'schen Kapsel einiger Knäuel werden körnige Eiweißmassen angetroffen.

Die Kapsel der Niere ist verdickt und besteht aus dichtem Bindegewebe, welches an einer Stelle, einen Flächenraum von 3 mm im Durchmesser einnehmend, unmittelbar in die Masse der Rindenschicht hineingewachsen ist; an der Oberfläche beobachtet man hier, wie beim Infarkte, Kollaps des Organs.

Die durch das dichte Bindegewebe von einander getrennten Harnkanälchen dieses Bezirks stellen sich in Gestalt von erweiterten, des Epithels beraubten Höhlungen dar, welche theils leer sind, theils eine körnige oder homogene Masse enthalten. Die Knäuel dieses Bezirks befinden sich in verschiedenen Stadien der Veränderung, deren Endresultat, wie bei Cirrhose der Niere, Verödung derselben ist; doch giebt es darunter auch schon ganz verödete, d. h. solche, welche abgegrenzte, rundliche Inselchen aus gequollenem, homogenem Bindegewebe vorstellen.

In demselben Bezirke der Niere werden auch ziemlich große Herde von rundzelligem Infiltrate angetroffen.

Der Harnleiter. Das in den Darm implantirte Ende des Harnleiters ist durchgängig; der Harnleiter ist normal. Die Schleimhaut des Darmes unterhalb des implantirten Harnleiters zeigt bei der Inspektion keine Abweichungen von dem normalen Zustande. Auch die mikroskopische Untersuchung des Darmes unterhalb der Implantationsstelle lässt keine pathologischen Veränderungen wahrnehmen.

Die beschriebenen Versuche an Hunden führte ich im Institute der allgemeinen Pathologie an der Moskauer Universität aus. Eine eingehendere Beschreibung der Versuche selbst kann der Leser in der 1. Septembernummer d. J. des Centralblattes für Gynäkologie finden.

---

1) O. Küstner (Breslau). Peritoneale Sepsis und Chok.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 40.)

Mancher unglückliche Ausgang nach Laparotomie entpuppte sich bei der von K. geübten »bakteriologischen Sektion«, bei welcher unmittelbar nach erfolgtem Tode die aseptische Eröffnung des Bauches, die Entnahme von Materialminima und Verimpfung derselben vorgenommen wurde, als Sepsis, nicht als Chok, obwohl während des Lebens die kardinalen Symptome der Peritonitis (Auftreibung, Temperatursteigerung etc.) fehlten, und bei der Sektion flüssiges Exsudat oder Belag auf den Darmschlingen nicht gefunden wurde. Dagegen ergab die bakteriologische Untersuchung Streptokokken, auch Staphylokokken, besonders wenn das Material vom eigentlichen Operationsterrain entnommen wurde. K. hält desshalb die Bezeichnung »diffuse septische Peritonitis« für diese Erkrankungsform nicht für zutreffend und ersetzt sie durch den Ausdruck »peritoneale Sepsis« oder »akute peritoneale septische Intoxikation«. — Für die Therapie zieht K., in Anbetracht dessen, dass immer nur oder hauptsächlich am speciellen Operationsterrain Keimdeponirung gefunden wurde, die Folgerung, die Sterilisationsmethoden der in Betracht kommenden Körperoberflächen, ganz besonders der Hände zu vervollkommnen und fordert weiterhin Abstinenz gegenüber infektiöser Thätigkeit, bezw. ausgiebigen Gebrauch von Gummihandschuhen bei solcher, antiseptische Principien gegenüber den Händen während der Operation etc. K. glaubt ferner, dass in manchen Fällen die Infektion durch Mikulicz'sche Tamponade hätte lokalisirt bezw. begrenzt werden können.

Kramer (Glogau).

---

2) A. Gundersen (La Crosse, Wisconsin, Amerika). Über Appendicitis.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1899. März.)

Der Verf. und 2 Kollegen, Dr. Christensen und Dr. Evans, haben von dem 1. Januar 1894 bis 12. Januar 1899 89 Fälle von Epityphlitis und Peritonitis, von jener ausgegangen, operirt. Davon sind 8 Pat., die mit allgemeiner Peritonitis eingekommen waren, gestorben, 4 Pat. mit universeller Peritonitis genasen.

In 37 Fällen war Ruptur des Processus vermiformis mit lokalisirter Abscessbildung eingetreten. 40 Fälle wurden vor der Ruptur operirt. Es gelang alle diese Fälle zu heilen. Ventralhernien wurden konstatirt bei 50% der mit Ruptur verbundenen Fälle, nicht dagegen in den vor der Ruptur operirten; doch wird wohl der Procentsatz der ersten Fälle etwas sinken, wenn die Drainage früh entfernt, und sorgfältige Sekundärnaht angelegt wird. Die Operationstechnik ist die gewöhnliche: Incision in der rechten Linea semilunaris; nach Öffnung des Bauchfells sorgfältige Umstopfung mit sterilen Gazekompressen. Nach Lösung der Verwachsungen wird der Wurmfortsatz hervorgezogen, mit Katgut unterbunden und abgeschnitten;

die Schnittfläche wird mit Karbolsäure kauterisirt, ihre Serosaflächen durch Einstülpungsnähte in Berührung gebracht. Die Bauchwunde wird schichtweise mit chromisirtem Katgut oder Känguruhsehne genäht; besonderes Gewicht wird auf genaue Vereinigung der Fascie gelegt. Die Haut wird mit Silkwormgut genäht; mitunter werden 3—4 Entspannungsnähte von Wormgut angelegt. 12—24 Stunden nach der Operation Laxantia. Wo irgend möglich wird der Wurmfortsatz auch bei den Fällen mit lokalisirter eitriger Peritonitis exstirpirt. In diesen Fällen wird mit Jodoformgaze 24 Stunden bis 4 Tage lang drainirt, dann der Tampon entfernt und Sekundärnaht angelegt.

In den Fällen mit allgemeiner Peritonitis wurde Exstirpation des Wurmfortsatzes, sorgfältige Reinigung und Austrocknung der Bauchhöhle mit Salzwasser und Drainage in den beiden Regiones iliacae gemacht. Bei einem 12jährigen Knaben fand sich die Bauchhöhle mit dünnflüssigem, stinkendem Eiter gefüllt. Der Wurmfortsatz wurde exstirpirt, die ganze Höhle sorgfältig mit Salzwasser ausgespült, und eine Incision in der linken Leistengegend gemacht. Der Dünndarm wurde dann an zwei Stellen mit einer Hohlnadel punktirt, und 30 g Magnesium sulphuricum in ca. 500 g Wasser aufgelöst wurde eingespritzt. Gazedrainage in den beiden Incisionsöffnungen. Am folgenden Tage bekam Pat. 3 dünne Stühle und wurde allmählich besser.

In den letzten 10—15 Jahren sind die Entzündungen der Fossa ileo-coecalis eingehend beleuchtet und in Folge dessen über die Ätiologie und Pathologie der Epityphlitis die Meisten einig; dagegen streitet man sich noch über die Therapie, ob mit Opium oder Laxantien, und wann zu operiren ist.

John Deaver (Philadelphia) schreibt in seinem Werke über Epityphlitis 1896: »Opium is dangerous in the treatment of this disease or of any intra-abdominal inflammation«. Er giebt immer eine große Dose Oleum ricini im Anfange der Krankheit; wird es nicht ertragen, ordinirt er Kalomel oder Salina. Die Kothanhäufung ist gegenüber Ruptur viel gefährlicher als der Gebrauch der Laxantien. In den späteren Stadien der Krankheit mit Verwachsungen empfiehlt er nicht Purgantien, wohl aber augenblicklich Operation.

Auch Bernays sagt in »My recent work in appendicectomy 1898«: »die Opiumbehandlung ist eine schlechte und verdammungswerthe Behandlung«. Nach Ewald und Schnitzler wird die Resorptionsfähigkeit des Bauchfells durch Opium herabgesetzt. Noetzel hat durch Thierversuche erwiesen, dass Opium durch Lähmung der Darmperistaltik schädlich ist. Durch Opium wird die Diagnose maskirt, Pat. und Arzt oft getäuscht.

Bei interner, konservativer Behandlung würde wohl der Procentsatz der Sterblichkeit 25% übersteigen, wenn man die Pat. 20 bis 25 Jahre hindurch verfolgen könnte. Das Mortalitätsprocent nach Operation bei Epityphlitis ohne Abscessbildung ist nur 1—2%.

Aus den klinischen Symptomen kann man gar nicht auf den Grad des Leidens schließen. Ohne Warnung kann Perforation und tödliche Peritonitis eintreten. Wer einmal eine Epityphlitis durchgemacht hat, läuft immer Gefahr eines Recidivs mit Perforation. Nach Dr. Osler, Prof. der internen Medicin in Baltimore, giebt's für Epityphlitis keine medicinische Behandlung; die Operation ist stets indicirt, mag Schwellung vorhanden sein oder nicht, falls die Symptome am 3. Tage auf ein progressives Leiden deuten.

J. Wisløff (Christiania).

---

3) **Stein.** Erfahrungen über Appendicitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 27 u. 28.)

S. bespricht eingehend, sich dabei wesentlich auf amerikanische Arbeiten stützend, den jetzigen Standpunkt bezüglich der operativen Therapie der Epityphlitis, wobei er meist eigene Erfahrungen seinen Ansichten zu Grunde legt.

S. geht ganz früh daran, den Abscess, sobald derselbe mit oder ohne Verzicht auf die Punktionsnadel diagnosticirt werden konnte, zu entleeren und schreckte auch vor einer Laparotomie nicht zurück, um einerseits eine Sekundärperforation zu verhüten und zu gleicher Zeit womöglich den erkrankten Wurmfortsatz zu entfernen.

S. betrachtet habituelle Stuhlverstopfung und das Hineingelangen von Fremdkörpern in den Wurmfortsatz nur als Gelegenheitsursachen; der Hauptgrund der Erkrankung ist nach seiner Meinung im Wurmfortsatz selbst gelegen. Er weist dabei darauf hin, dass über die Hälfte der Menschen nach 60 Jahren den Darmanhang durch Involutionsvorgänge eingebüßt haben. Bei vielen wird er auch durch schleichende Entzündungen in einen fibrösen Strang verwandelt. Die Erkrankung stellt nun nach S. nichts Anderes dar als eine akute oder subakute Exacerbation chronisch entzündlicher Vorgänge, welche in dem Wurmfortsatz selbst ihren Ursprung nimmt. Den Begriff der klinisch-katarrhalischen Epityphlitis verwirft S., da es sich hierbei stets neben der Schwellung bereits um geschwürige Processe handle! »In den für die praktische Betrachtung wichtigen Fällen ist das Wesen der Epityphlitis ein parenchymatöses zur Ulceration und Perforation neigendes.«

»Die Epityphlitis zeichnet sich dadurch vor anderen ulcerösen Processen im Magen-Darmkanal aus, dass sie eine phlegmonöse, nekrotisch-gangranöse Tendenz an sich trägt.« Nicht nur Darminhalt, sondern die zur höchsten Virulenz gesteigerten Entzündungserreger werden in die Bauchhöhle versetzt. Etliche Krankengeschichten dienen zur Erläuterung der Auffassung des Verf.

Letzterer betont dann noch zum Schlusse die eminente Wichtigkeit, bei rasch zunehmendem Meteorismus eine lokale Schmerzhaftigkeit feststellen zu können, die nicht immer sofort die Gegend des Wurmfortsatzes einnimmt, bisweilen auch zunächst die rechte Darmbeingrube befällt, um später mit der eigentlichen Ausbreitung der

Peritonitis sich wieder zu verlieren. Auch die Schmerzhaftigkeit beim Andrängen der Baucheingeweide von einer beliebigen Stelle aus gegen die rechte Darmbeingrube kann mit zur Diagnose beitragen.

S. individualisirt also in jedem Falle. Er ist durchaus für Exstirpation des Wurmfortsatzes nach dem ersten deutlichen Anfalle. Schwer einsetzende und zu diffus eitriger Peritonitis neigende Fälle sind nur ausnahmsweise exspektativ zu behandeln; Abtragung des Wurmfortsatzes, Entfernung der Kothmassen und freie Drainage der Bauchhöhle ist das beste. Die Frage, ob bei schwerer septischer Peritonitis im weiteren Verlaufe zu operiren sei oder nicht, hält Verf. für sehr schwierig. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

---

4) **P. Vignard.** De l'appendicectomie. Indications. Contre-indications et manuel opératoire. Nécessité de l'appendicectomie précoce.

Paris, **J. B. Baillière et fils,** 1899. 130 S. Mit Abbildungen.

In einem 1. Kapitel führt Verf., der unter den Auspicien von Poncet in Lyon arbeitete, aus, dass im Beginn einer Epityphlitis es unmöglich sei, die Prognose zu bestimmen, dass oft nach wenig alarmirenden Symptomen plötzlich, meist 36—48 Stunden (oft auch früher) nach Beginn der ersten Schmerzen, Perforation des Wurmfortsatzes und allgemeine Peritonitis auftrete, gegen welch letztere die chirurgische Hilfe oft nichts mehr vermöge. Er räth desshalb, schon ganz im Beginne des Anfalls einen Chirurgen beizuziehen, möglichst bald zu laparotomiren und den Wurmfortsatz zu reseciren. Damit wird dem Pat. nicht geschadet, die Operation ist leicht und schneidet mit einem Male alle die späteren Eventualitäten, Perforation, Peritonitis, Abscesse und Verwachsungen, ab.

In einem 2. Abschnitte wird das chirurgische Handeln bei den verschiedenen Formen der Epityphlitis, wie sie sich uns nach Ablauf der ersten 48 Stunden darstellen, besprochen. Besteht allgemeine Peritonitis, so muss, obschon die Prognose schlecht ist, rasch operirt und der Anhang resecirt werden. Hat sich ein deutlicher Abscess gebildet, so wird er so bald als möglich eröffnet und nöthigenfalls durch Gegenöffnungen drainirt. Der Wurmfortsatz wird nur entfernt, wenn es leicht, ohne Zerreißung von schützenden Verwachsungen geht. Von 15 eigenen Fällen, in denen der Fortsatz zurückgelassen wurde, blieben 13 ganz geheilt, einer hat hie und da geringe Schmerzen, 1 Fall starb an Recidiv 2 Jahre nach der Operation. Bei den chronischen Epityphlitiden mit oft wiederkehrenden, leichten Anfällen wird im freien Intervall operirt, eben so bei solchen mit wenig schmerzhaftem Exsudat.

Ein weiterer Abschnitt ist der Operationstechnik gewidmet. Mitunter gelingt es, den Wurmfortsatz subserös auszuschälen, ohne die Verklebungen zu lösen. Dass eine gute Versorgung des Stumpfes nöthig ist, zeigt 1 Fall von Abtragung des Fortsatzes im freien

Intervall, wo der durch 3 Lembert'sche Nähte verschlossene Stumpf in Folge starken Brechens sich wieder öffnete, und tödliche Peritonitis eintrat. Auch wird ein Fall erzählt, wo $^3/_4$ Jahr nach der Resektion des Wurmfortsatzes in der Ileocoecalgegend ein Abscess, also eine Art Recidiv, auftrat.

Den Schluss bilden Krankengeschichten. Es wurden von Poncet, Jaboulay und anderen Lyoner Chirurgen ausgeführt:

1 frühzeitige Amputation des Wurmfortsatzes (von Poncet), geheilt.

12 späte bei allgemeiner Peritonitis. 2 Heilungen, 10 Todesfälle.

24 Operationen bei Abscessen ohne Resektion des Wurmfortsatzes. 22 Heilungen, 2 Todesfälle.

5 Operationen bei Abscessen mit Resektion des Wurmfortsatzes. 5 Heilungen.

21 Amputationen des Wurmfortsatzes im freien Intervall. 20 Heilungen, 1 Todesfall.

F. Brunner (Zürich).

5) **S. Sjövall.** Om blåsbråck.

Inaug.-Diss., Lund, 1899.

Über die bei Operationen von Leisten- und Schenkelbrüchen angetroffenen Cystocelen liefert Verf. eine ausführliche monographische Darstellung nebst einer kasuistischen Beilage von 159 diesbezüglichen Krankengeschichten. Die Arbeit steht den Publikationen von Aue, Hermes und Brunner würdig zur Seite und ist gewissermaßen als eine Fortsetzung der Kasuistik des Letztgenannten zu betrachten. 2 eigene Beobachtungen und je eine, vorher nicht veröffentlichte von Warholm und Lundblad nebst 155 aus der ganzen Weltlitteratur vom Jahre 1736 bis zum Jahre 1898 liegen der sehr fleißigen Arbeit zu Grunde.

In verschiedenen Kapiteln werden die Geschichte, das Vorkommen, die pathologische Anatomie, Ätiologie und Pathogenese, die Symptome, die Diagnose, Prognose und Behandlung der Harnblasenbrüche ausführlich und eingehend besprochen.

Bezüglich der Häufigkeit schätzt Verf. die Frequenz auf etwa 1% (29 Fälle in Zusammenstellungen von 12 Autoren auf 2785 Herniotomien). Seit der Verallgemeinerung der Bassini'schen Radikaloperation, welche eine bessere Übersicht der anatomischen Verhältnisse der Bruchpforte gestattet, erscheine die fragliche Komplikation im Vergleiche mit den Jahren vor 1890 nicht unwesentlich vermehrt. Die rechte Seite verhält sich zur linken wie 1,46 : 1, das männliche Geschlecht zum weiblichen wie 2,4 : 1.

Verf. unterscheidet mit Jaboulay und Villard extra-, para- und intraperitoneale Formen und beschreibt deren anatomische Verhältnisse zum Bauchfelle, relative Häufigkeit und Vertheilung auf inguinale und crurale Enterocelen. Ein so bedeutendes Überwiegen der paraperitonealen, wie z. B. Brunner angiebt, hat Verf. nicht bestätigen können. 21 Krankengeschichten enthielten keine

näheren Angaben über die Beziehungen zum Bauchfelle. Diese ausgenommen hat Verf. auf 152 Fälle 62 extra- und 61 paraperitoneale Formen gefunden. Die bekannte Fettablagerung vor der herniös ausgebuchteten Blasenwand war in 51 % sämmtlicher Fälle erwähnt. Verf. glaubt, dass diese fast pathognomonische Bildung nicht so selten von den Operateuren übersehen worden ist.

Nach einer ausführlichen Erwägung der in Bezug auf Entstehung der Cystocelen aufgestellten Theorien bestätigt Verf. die von anderen Autoren vorher gefundenen Ergebnisse: der Blasenbruch kann entstehen a. primär 1) durch Vermittlung der prävesikalen Lipome, 2) durch den Druck der Bauchpresse auf die dilatirte Harnblase bei bedeutender Weite der Bruchpforte, b. sekundär 1) durch Mitgleiten der Blase bei dem Zug eines primären Bruches, 2) durch Schiefstellung der Blase, die mit ihrer Vertex voraus in einen präexistirenden Bruch sich hineinsenkt. Die extraperitonealen Formen sind immer primär, die paraperitonalen in der Regel — vielleicht immer — sekundär, die intraperitonealen sind immer sekundär.

Ausführlich bespricht Verf. die Symptome, von welchen leider keines an und für sich pathognomonisch ist. Bei der Operation eines Bruches muss man desshalb stets die Cystocele im Auge haben. Nur in 7 Fällen war diese Komplikation vor der Bruchoperation diagnosticirt worden; in noch 8 anderen Fällen hätte der Operateur aus den vorhandenen Symptomen einen Blasenbruch diagnosticiren können, wenn er überhaupt daran gedacht hätte. Klinisch war somit die Cystocele in 10 % der Fälle diagnosticirbar. Bei der Operation wurde sie 118mal diagnosticirt, und zwar 65mal vor der Gewebstrennung und 53mal nach derselben. Nach der Operation wurden 22 Cystocelen diagnosticirt. Erkennung der Blasenmuskulatur, Beobachtung prävesikaler Lipome, Ausströmen des Harns in die Wunde und Hämaturie ermöglichen die richtige Diagnose.

Wird die Cystocele vor oder im Laufe einer Bruchoperation diagnosticirt, so muss der Operateur sich vor Allem hüten, die Blase zu eröffnen; nach Entfernung des prävesikalen Fettes muss die Cystocele mit großer Vorsicht, besonders an der medialen Seite, losgelöst und in den Bauch reponirt werden. Ist eine Blasenverletzung im Laufe der Operation zu Stande gekommen und diagnosticirt, so scheint die offene Wundbehandlung am Platze, wenn die Harnwege infiltrirt sind, oder die andauernde Blasenentleerung unmöglich ist. In allen übrigen Fällen sollte man die Blasennaht versuchen, die Hautwunde aber offen lassen. Ob Harnröhrendrainage zu empfehlen ist oder nicht, erhellt nicht aus der Statistik. Wird die Blasenverletzung erst nach der Bruchoperation diagnosticirt, so ist, wenn die Symptome stürmisch sind, das einzig richtige Verfahren die Eröffnung der Wunde, das Aufsuchen der unterbundenen Cystocele und deren regelrechte Vernähung. In den Fällen aber, wo die Läsion sich durch nachträgliche Entstehung einer Harnfistel kund giebt, kann

man mit Berücksichtigung der guten Heilungsprognose der Harnfisteln diese der Spontanheilung überlassen.

Ein sehr ausführliches Litteraturverzeichnis schließt die Arbeit. Dieses Verzeichnis ist um so verdienstvoller, als die Cystocelen sehr oft als »Beigabe« der Krankengeschichten en passant mitgetheilt werden. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

---

6) **Laroyenne.** Traitement opératoire de la cystocèle vaginale.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 100.)

L.'s Operation der Cystocele besteht in einer Kombination von Hysteropexie und Cystopexie. Der Uterus wird durch ein »Hysterometer« gegen die Bauchwand gedrückt, letztere durch einen 6 bis 7 cm langen Hautschnitt gespalten und dann der Uterus im unteren Wundwinkel an die Bauchwand angenäht. Dann folgt die Annähung der hinteren Blasenwand an die vordere Wand des Uterus. Hier dient der Zeigefinger als Leitsonde, der durch die vorher erweiterte Harnröhre in die Blase eingeführt wird. L. betont die Nothwendigkeit, die obere hintere Blasenwand so vollständig mit dem Uterus zu vernähen, dass der vordere Douglas ganz in Wegfall kommt. Die Blase wird dadurch am Uterus »aufgehängt«. Der dritte Operationsakt besteht in Vernähung der Blase mit dem Bauchfelle und der Aponeurose der vorderen Bauchwand, worauf die Hautwunde geschlossen wird. Nöthigenfalls macht man bei Scheidenvorfall noch eine hintere Kolporrhaphie. Krankengeschichten giebt L. nicht. Es wäre interessant zu erfahren, wie sich ein derartig fixirter Uterus bei späteren Schwangerschaften verhält.

Jaffé (Hamburg)

---

7) **W. McAdam Eccles.** The treatment of inguinal hernia in children.

(Brit. med. journ. 1899. Mai 13.)

Nach E.'s Ansicht spielt beim Zustandekommen von Hernien bei Kindern eine ungeeignete Diät mit ihren Folgen — Verdauungsstörungen, Darmkatarrh, Obstipation — eine viel größere Rolle wie die gewöhnlich für die Ätiologie in Anspruch genommenen Hustenattacken und die Phimosis. Die Behandlung hat desshalb zunächst für eine sorgfältige Regelung der Diät und der Verdauung zu sorgen. Dass der Phimosis keine erhebliche ätiologische Bedeutung für die Hernienbildung zukommt, schließt E. aus der großen Zahl von Kindern mit Phimosis ohne Hernien, ferner daraus, dass angeborene Brüche sehr häufig auch bei jüdischen männlichen Kindern beobachtet werden, ferner, dass selten die Urinentleerung durch die Phimosis behindert, dem entsprechend das Drängen und Pressen der Kinder geringfügig ist. Trotzdem befürwortet er die Operation der Phimose, aber nur mit anschließender Behandlung der Hernie durch Bruchband. Die Bruchbandbehandlung soll möglichst frühzeitig begonnen werden. In den meisten Fällen wird durch sie Heilung

erzielt. Das Bruchband soll aber nicht vor zurückgelegtem 3. Lebensjahre weggelassen werden. Die Stahlfederbruchbänder verdienen vor den wollenen entschieden den Vorzug. Die Radikaloperation bei Kindern unter 3 Jahren ist selten angezeigt; nur dann, wenn der Versuch, durch ein Bruchband Heilung zu erzielen, misslungen ist, wenn die Hernie irreponibel, wenn das Kind über 3 Jahre alt ist und noch nie ein Bruchband getragen hat, oder endlich bei Einklemmung sollte sie vorgenommen werden.

Aus dieser Indikationsstellung geht schon hervor, dass die Radikaloperation nur selten zur Anwendung kommen wird. Bezüglich der Technik der Operation ist zu erwähnen, dass sich E. mit Isolirung des Bruchsackhalses, Verschluss der Bauchfellöffnung mit fortlaufender Seidennaht begnügt. Den Verschluss des unteren Abschnittes des Processus vaginalis, die Vernähung der Fasern des Obliquus internus und Transversus mit dem Poupart'schen Bande hält E. für unnöthig. Nur gelegentlich, bei sehr vernachlässigten Fällen, werden die untere und obere Wand des Leistenkanals durch 1—2 Nähte einander genähert. E. hält seine Pat. nur 10 Tage im Bett. Ein Bruchband lässt er nur dann tragen, wenn die Weichtheile durch eine sehr große Hernie stark gedehnt waren, und dann etwa auf Jahresdauer.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

8) **Bloodgood.** Operations on 459 cases of hernia in the J. Hopkins Hospital from June, 1889, to January, 1899.

(Johns Hopkins Hospital Reports 1899. No. 5—9.)

Von den innerhalb der letzten 10 Jahre im Hopkins Hospital in Baltimore ausgeführten 459 Herniotomien wurden die meisten nach Halsted's Methode ausgeführt. Im Jahre 1892 erweiterte Halsted seine Methode dahin, dass er bei reichlicher Venenentwicklung am Samenstrange den größten Theil der Venen zugleich exstirpirte. Seit 1894 wurde Silberdraht als Nahtmaterial benutzt, nicht wegen der größeren Festigkeit, sondern wegen seiner keimtödtenden Wirkung. Seit 1897 wurden stets Gummihandschuhe getragen. Seit derselben Zeit wurde auch in gewissen Fällen, in denen die vereinigte Aponeurose im Hesselbach'schen Dreiecke sich obliterirt fand, nach Bloodgood's Angabe der Rectus in die Lücke verpflanzt. Seit 1898 wurde in einer Anzahl Fälle das Venenbündel vom Vas deferens abgetrennt und allein verlagert, während das Vas deferens im Leistenkanal verblieb. Diese Methode wurde befolgt, wenn es nicht angezeigt war, die Venen zu exstirpiren.

Bei der Prüfung auf die Dauer der Heilung fanden sich 2 Hauptursachen für das Eintreten von Recidiven. War die vereinigte Aponeurose im Hesselbach'schen Dreiecke obliterirt, so traten Recidive im unteren Wundwinkel auf; war der Samenstrang in toto verlagert, ohne vorherige Excision der Venen, so bildeten sich die Recidive im oberen Wundwinkel. Die Obliteration der Aponeurose fand sich

in 7% der Fälle. Bei 12 beobachteten Fällen, in denen die Obliteration vorlag, traten 7mal Recidive im unteren Wundwinkel auf. Nach Einführung der Überpflanzung des Rectus — dieselbe wurde 21mal ausgeführt — kam es nicht mehr zu solchen. Eben so blieben die Recidive im oberen Wundwinkel aus, wenn die Venen des Samenstrangs excidirt waren. Vorher hatten sich in 6,4% im oberen Wundwinkel Recidive gebildet. Dieselben guten Erfolge wie mit der Excision der Venen wurden erzielt, wenn die Venen allein verlagert wurden. Diese Methode hat außerdem den Vorzug, die Gefahr einer Epididymitis oder der Hodenatrophie sicherer zu vermeiden. Im Ganzen wurde nach Halsted's Methode operirt 268mal. 195 der Fälle konnten genügend lange — 6 Monate bis 9 Jahre — beobachtet werden. Darunter traten ein 11 Recidive (5,6%) — 8 an der Durchtrittstelle des Samenstrangs, 3 im unteren Wundwinkel. In keinem der 8 Fälle waren die Venen excidirt. In 118 Fällen, in denen die Venen excidirt wurden, trat kein Recidiv auf. Von 242 Fällen, die primär heilten, recidivirten nur 6 (3%), dagegen fanden sich unter 26 Fällen, in denen die Wunde vereiterte, 5 Recidive.

Die ursprüngliche Technik seiner Methode hat Halsted in einigen Punkten geändert: 1) Der Hautschnitt wird mehr nach oben verlegt. Die Zahl der Nähte wird dadurch von 10 bis 16 auf 4 bis 6 beschränkt. 2) Die Hautwunde wird durch eine subkutane Silberdrahtnaht geschlossen. 3) Die Wunde wird mit Silberblättchen bedeckt.

Die Erfolge wurden außerdem wesentlich besser nach Einführung des Silberdrahts als Nahtmaterial und nach dem Gebrauche der Gummihandschuhe. Ersteres ermäßigte die Zahl der Eiterungen von 24,13% auf 4,2%, letzteres von 9,6% auf 1,7%.

Alle Fälle, in denen sowohl die Excision der Venen als die Verpflanzung des Rectus bei obliterirter Aponeurose vorgenommen wurde, blieben, wenn die Wunde primär verheilte, dauernd geheilt. Den einzigen Nachtheil dieser Methode bildet die Gefahr des Eintretens einer Epididymitis mit nachfolgender Atrophie des Hodens. Verhüten lässt sich diese Gefahr meist, wenn man jedes Zerren am Vas deferens und seinen unmittelbaren Gefäßen vermeidet.

Strauch (Braunschweig).

---

9) **F. Terrier** et **M. Baudouin.** Des divers procédés d'occlusion du tube digestif. Etude historique et critique.

(Revue de chir. 1899. No. 10. Avec 86 fig.)

In der Abhandlung stellen die Verff. die verschiedenen Methoden, den Magen-Darmkanal vor seiner Eröffnung bei Operationen zur Verhütung des Austritts von Inhalt provisorisch zu verschließen, zusammen und geben hierzu kurze kritische Bemerkungen. Erstaunlich groß und mannigfaltig ist die Reihe von Instrumenten, die an Stelle der komprimirenden Finger des Assistenten oder der Ligatur mittels Gazestreifen, Seide oder elastischem Materiale Verwendung finden;

sie werden sämmtlich in guten Abbildungen dargestellt und überraschen nicht selten durch ihre sinnreiche, wie auch durch ihre komplicirte, für eine Sterilisirung ungeeignete Konstruktion. Man kann, wenn man den Vorführungen bis zum Ende folgt, den Verff. schließlich nur Recht geben, wenn sie zu dem Ergebnis gelangen, dass die einfachst konstruirten Instrumente auch die besten und zweckmäßigsten seien. **Kramer** (Glogau).

---

10) **Albrecht.** Über arterio-mesenterialen Darmverschluss an der Duodeno-Jejunalgrenze und seine ursächliche Beziehung zur Magenerweiterung.

(Virchow's Archiv Bd. CLVI. p. 285.)

A. theilt 2 von den eigenthümlichen Fällen mit, in denen, ohne dass vorher über Magenbeschwerden geklagt worden war, nach einer in Narkose vorgenommenen Operation (hier Amputatio mammae und Resectio cubiti) der Tod unter ileusartigen Erscheinungen (unstillbarem Erbrechen) mehrere Tage nach dem Eingriffe erfolgt war. In beiden Fällen fand sich bei der Sektion eine hochgradige Magendilatation und eine Erweiterung des Duodenum bis zu der Stelle, wo die Arteria mesaraica superior darüber hinwegzieht, während eine organische Stenose nicht vorhanden war. Zog man in dem 2. Falle das Mesenterium nach unten, so spannte sich die Arteria mesaraica superior so prall über das Duodenum hinweg, dass dasselbe von vorn nach hinten gegen die Wirbelsäule platt gedrückt wurde. Eine Anzahl hierher gehörender Fälle werden von A. aus der Litteratur zusammengestellt. Durch Versuche an Leichen stellte dann A. fest, dass die Abklemmung des Duodenums durch die Art. mes. sup. am hochgradigsten ist, wenn am Mesenterium ein direkter Zug in der Richtung des kleinen Beckens ausgeübt wird. Eine derartige Bedingung war nun in den Fällen von A. erfüllt, indem durch den hochgradig erweiterten, bis zur Symphyse herabreichenden Magen die Dünndärme in das kleine Becken hinabgedrängt waren. Dies führt A. zu der folgenden Erklärung des in Frage stehenden Zustandes:

»Die mechanische Wirkung des überfüllten, erweiterten Magens ist als direkte Ursache der Ileuserscheinungen in den uns hier beschäftigenden Fällen anzusprechen, in so fern sie ein Heraustreten des Darmes aus dem kleinen Becken verhindert und hierdurch die Abklemmung an der Duodeno-Jejunalgrenze durch die Arteria mesaraica superior zu einer dauernden, unüberwindlichen macht.

Die Erweiterung und abnorme Füllung des Magens kann aber auch eine indirekte, vorbereitende Ursache für jene Katastrophe sein, indem sie die Abwärtsdrängung des Dünndarms ins kleine Becken bewirkt haben kann.

In dritter Hinsicht ist aber auch die einmal zu Stande gekommene arterio-mesenteriale Darmeinklemmung ihrerseits wieder die Ursache

einer fortwährenden Steigerung der Magenfüllung und -Erweiterung, weil sie den Abfluss des Magen-Duodenalinhalts ins Jejunum verhindert.

Mit der Zunahme der Magenfüllung und Dilatation wird aber natürlich die Einklemmung des Darmes fortschreitend fester. Es besteht also bei einmal perfekter arterio-mesenterialer Darmkompression der allerungünstigste Circulus vitiosus«.

Aus alle dem geht hervor, dass die Vorbedingung für das Zustandekommen des arterio-mesenterialen Darmverschlusses an der Duodeno-Jejunalgrenze eine Ektasie des Magens ist. A. beschäftigt sich des längeren mit der Frage nach der Art, wie eine derartige Ektasie sich ausbilden könne, einer Frage, die vorwiegend von Interesse für den inneren Mediciner ist. Das häufigere Auftreten der Erscheinungen nach der Narkose deutet A. so, dass die passive Rückenlage während und nach der Narkose bei schon bestehender Gastrektasie die Fixirung des Dünndarms im Becken bewirke. Für den Chirurgen, dem gewiss hier und da derartige Fälle begegnen werden, ist es wichtig zu wissen, dass, falls sich Erscheinungen der obigen Krankheit bei einem Operirten einstellen sollten, er in der Lage ist, therapeutisch einzugreifen. In dieser Beziehung schlägt A. als prophylaktische Maßnahme vor, vor der Narkose auf eine schon bestehende Gastrektasie zu fahnden und den operativen Eingriff entweder so lange hinauszuschieben, bis jener mit den bekannten Mitteln behandelt sei, oder wo das nicht mehr angängig, doch wenigstens den Magen vorher gründlich auszuhebern und den Pat. später besonders sorgfältig zu beobachten. Bei schon bestehenden Erscheinungen des arterio-mesenterialen Darmverschlusses solle man, wie das Schnitzler zuerst mit ausgezeichnetem Erfolge gethan habe, den Kranken in Bauch- oder noch besser in Knie-Ellbogenlage bringen, um den Dünndarm im kleinen Becken von dem Drucke des Magens zu befreien, weiterhin, wenn nicht bald Besserung eintrete, den Magen vollständig aushebern oder auspumpen und durch den Mund zunächst nichts geben, aber durch anderweitige Flüssigkeitszufuhr für das hochgradige Flüssigkeitsbedürfnis des Pat. sorgen. Als ultimum refugium sei dann noch von Kundrat die Gastroenterostomie vorgeschlagen.

Die interessante Arbeit ist unter Leitung von Hanau (St. Galler Kantonsspital) gemacht worden. **Fr. Pels Leusden** (Berlin).

---

11) **Batsch** (Großenhain). Ileus und Atropin.

(Vortrag gehalten im ärztlichen Bezirksverein Großenhain 1899. Februar.)[1]

Verf. weist auf die verschiedenen Ursachen des Ileus und namentlich auf das von Schlange und Murphy näher charakterisirte Bild des dynamischen Ileus hin. Hier handelt es sich einerseits um eine Lähmung der Darmmuskulatur, andererseits mit Wahrscheinlichkeit auch um einen spastischen Kontraktionszustand als

Wirkung der hemmenden Fasern der Splanchnici. Atropin vermag in höheren Dosen diese Wirkung der hemmenden Fasern aufzuheben und zugleich die motorischen anzuregen, so dass auf diese Weise die Ursache des dynamischen Ileus beseitigt wird. B. empfiehlt desshalb die Anwendung des Atropins, von dem er 0,005 ccm subkutan einspritzt. In 2 Fällen von Ileus, darunter einem mit einer Kotheinklemmung, erzielte B. mit einigen Einspritzungen einen eklatanten Erfolg.

Buchbinder (Leipzig).

---

12) **Steinthal** (Stuttgart). Über einige Indikationen zum chirurgischen Eingreifen bei der Gallensteinkrankheit.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1899. No. 33.)

S. giebt an der Hand von 40 Fällen von Gallensteinerkrankungen eine Übersicht über die Arten dieser Erkrankungen und kommt zu dem Schlusse, dass »in weitaus der Mehrzahl der Fälle die Schmerzen bei der Gallensteinkolik auf einer entzündlichen Stauung in der Gallenblase beruhen, dass diese Entzündung sich auf die Gallengänge fortpflanzen kann und dann einen ‚entzündlichen Ikterus' hervorruft, den man wohl zu unterscheiden hat von dem ‚reell lithogenen Ikterus', der durch die Anwesenheit von Steinen im Choledochus bedingt ist, und dass man erfolglose und erfolgreiche Kolikanfälle zu unterscheiden hat, je nachdem die Steine durch den Anfall abgehen oder in der Blase resp. im Choledochus stecken bleiben«. Weiterhin erörtert Verf. die Grundsätze, die ihn hinsichtlich eines operativen Eingriffes leiten. Bei Gallensteinkoliken ohne Ikterus eröffnet S. die Gallenblase, wenn die Gallensteine sich schon jahrelang durch leise Symptome (Magenkrämpfe!) bemerkbar gemacht haben und der erste Anfall sehr heftig einsetzt; eben so wenn die Anfälle einander schnell folgen, und wenn es sich um einen chronischen Hydrops oder Empyem der Gallenblase handelt. Bei Gallensteinen mit Ikterus wartet S., wenn kleine Steine mit dem Anfall abgehen, zunächst ab; ausgenommen sind die Fälle, wo die Gallenblase mit Steinen angefüllt ist. Gehen aber keine Steine ab, häufen sich die Anfälle, treten Fiebererscheinungen auf und leidet das Allgemeinbefinden des Kranken, dann hält S. einen Eingriff für indicirt. Handelt es sich um einen chronischen Ikterus, so räth S. nur dann zur Operation, wenn die Pat. kräftig genug dazu sind.

Buchbinder (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

Kann eine bei einer Laparotomie vergessene Gazekompresse in den Darm einwandern ohne schwere Symptome zu machen?

Von

Dr. J. P. zum Busch,

chirurg. Oberarzt am German Hospital.

Auf der letzten Versammlung deutscher Chirurgen in Berlin berichtete Prof. Rehn über einen sehr merkwürdigen Fall von Darmverstopfung durch eine bei

einer Laparotomie zurückgelassene Mullkompresse (s. auch Langenbeck's Archiv Bd. LX Hft. 2). Er giebt zu, dass ihm das von verhältnismäßig geringen Symptomen begleitete Einwandern der Kompresse in den Darm äußerst wunderbar vorgekommen sei, und dass bewährte Forscher, mit denen er die Sache besprach, mit aller Entschiedenheit erklärten, dass die Kompresse verschluckt worden sein müsse. Vielleicht interessirt es die Fachgenossen, von einem ganz ähnlichen Falle zu hören, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte.

Frau A. P., eine 38jährige polnische Jüdin, wurde am 5. September 1896 in das German Hospital aufgenommen. Es wird ein bis zum Nabel reichendes Myom des Uterus nachgewiesen, das zu heftigen Blasenbeschwerden und schweren Blutungen geführt hat. Am 27. September entfernte ich durch Bauchschnitt den Uteruskörper mit dem Myom so wie die beiden Anhänge. Die Operation war wegen zahlreicher Verwachsungen ziemlich schwierig, und wurde während derselben eine Anzahl von Kompressen in die Bauchhöhle gebracht. Nach retroperitonealer Versorgung des Stumpfes wurden die Kompressen entfernt, und die Instrumentenschwester gab, nachdem sie gezählt hatte, an, dass keine Kompresse zurückgelassen sei. Darauf wurde die Bauchhöhle vollkommen geschlossen. Die Kranke überstand den Eingriff gut, so gut, dass sie eine kurze Abwesenheit der Pflegerin benutzte, um 18 Stunden nach der Operation aufzustehen in der Absicht, einige eingeschmuggelte Esswaren zu verstecken. Sie bekam danach Schmerzen, und es bildete sich eine durch kombinirte Untersuchung fühlbare Schwellung in der linken Beckenhälfte, die für ein Hämatom angesprochen und auf die beschriebene Unvorsichtigkeit zurückgeführt wurde. Die Temperatur ging nie über 38,5° C.; die Schwellung verkleinerte sich unter Bettruhe und späterer Behandlung mit warmen Salzsitzbädern. Am 27. November wurde die Kranke in unser Rekonvalescentenheim entlassen. Kaum war sie dort, so begannen Klagen über Magendrücken, Stuhlverstopfung und allgemeine Schmerzen im Bauche; dabei aß die Kranke mit gutem Appetit und ging herum. Am 5. December hatten die Beschwerden zugenommen, es war Erbrechen aufgetreten und Stuhlverstopfung seit 2 Tagen. Die Frau machte aber nicht den Eindruck einer sehr schwer Kranken, der Bauch war weich, etwas unterhalb des Nabels fühlte man eine flache, ziemlich bewegliche Schwellung, die auf Druck kaum schmerzhaft war. Es wurde Bettruhe verordnet, so wie Ricinusöl innerlich und ein Ölklystier, da Kothanhäufung angenommen wurde; am folgenden Tage war zwar kein Stuhl erfolgt, doch ließ sich die Geschwulst jetzt deutlich in der Coecalgegend fühlen; sie war also in der Richtung der Peristaltik gewandert. Auf eine weitere Dose Öl verspürte die Kranke am folgenden Tage einen sehr heftigen Stuhldrang, ohne jedoch denselben befriedigen zu können; sie rief die Schwester, und diese fand, dass etwas aus dem After hing; sie zog daran und förderte eine Mullkompresse ans Tageslicht. Weder die Kompresse noch der danach kommende Stuhl zeigten Blut oder Eiterbeimischung. Die sofort genau untersuchte Kompresse entsprach in Größe und Textur genau den bei der Operation verwendeten Gazekompressen; über ihre Herkunft wollte die Kranke nichts wissen, jede Andeutung, dass sie dieselbe geschluckt habe, wies sie mit großer Entrüstung zurück. Trotz genauester Nachforschung konnte ich nicht feststellen, dass die Kranke Gelegenheit gehabt habe, sich eine derartige Kompresse zu verschaffen; sie war seit der Operation nie wieder im Operationssaale gewesen und hatte auch sonst keine Gelegenheit gehabt, gerade an diese eigens zugeschnittenen Mullkompressen zu gelangen. Da sie nach der Ausstoßung der Kompresse völlig gesund schien, so wurde sie bald entlassen, kam mir aber von Zeit zu Zeit wieder zu Gesicht, da sie auf Grund der zurückgelassenen Kompresse allerlei Betteleien versuchte. Die Schwellung im Becken war zu dieser Zeit völlig verschwunden.

Ich muss offen gestehen, dass mir die Annahme, es habe sich hier um das Einwandern einer zufällig zurückgelassenen Kompresse gehandelt, höchst gewagt erschien, da die Durchbrucherscheinungen (Bauchschmerzen) doch äußerst geringfügige waren; immerhin ließ mich das Auftreten eines Exsudats im Becken und dessen Wiederverschwinden, so wie die scheinbare Unmöglichkeit, dass die durchaus nicht hyste-

rische Kranke sich gerade eine solche Kompresse verschafft und verschluckt haben sollte in der Absicht, irgend einen Nutzen für sich herauszuschlagen, doch mit der Möglichkeit rechnen, dass es sich wirklich um einen Durchbruch gehandelt habe.

Rehn's Mittheilung hat mich in dieser Annahme bedeutend bestärkt.

London, November 1899.

Zwei Gastroenterostomien mittels Kohlrübenplatten.

Von

Dr. R. v. Baracz,
Docent für Chirurgie an der Universität Lemberg.

Die von Senn angegebene Plattendarmnaht und die von mir angegebenen Kohlrübenplatten bei derselben haben wenig Anhänger in Europa gefunden, und die Zahl der auf diesem Kontinent damit ausgeführten Gastroenterostomien ist sehr gering. Die fortwährend auftauchenden neuen Methoden der Gastroenterostomie, welche die ziemlich komplicirte und zeitraubende klassische Nahtweise zu vereinfachen trachten, beweisen aber, dass bezüglich der Technik dieser Operation noch große Meinungsdifferenzen bestehen, und dass das Urtheil über die beste Methode noch nicht gefällt ist!

Es mögen daher die 2 unten angegebenen Fälle, in welchen die Gastroenterostomie mittels der Kohlrübenplatten mit bestem Erfolge ausgeführt wurde, die praktische Bedeutung der Plattennaht resp. der Kohlrübenplatten bei derselben nochmals illustriren.

I. Fall. Frau A. P., 48 Jahre alt, litt seit 2 Jahren an Magenbeschwerden, seit 9 Monaten an hartnäckiger Stuhlverstopfung und Schmerzanfällen (je 5—6mal täglich) in der Magengegend. Seit 4 Monaten war ein Tumor in der Oberbauchgegend nachweisbar, dabei litt sie an Brechreiz und Erbrechen.

Die Untersuchung am 30. Juli 1896 erwies: Graciler Bau, starke Abmagerung und Anämie, gelblichfahles Gesichtskolorit. In der Oberbauchgegend etwa 5 cm nach links vom Nabel ist ein hühnereigroßer, harter, glatter, leicht höckeriger, beweglicher Tumor nachweisbar. Drüsen in den Schlüsselbeingruben, der Nacken- und Inguinalgegend nicht tastbar. Freie Salzsäure fehlt. Diagnose: Carcinoma ventriculi.

Nach entsprechender Vorbereitung (Magenausspülung) Laparotomie am 1. August 1896 bei gütiger Assistenz des Herrn Doc. Dr. Wehr. Chloroformnarkose. Ein 8 cm langer Schnitt in der Linea alba. Hühnereigroßer, harter, die Hinterwand des Magens einnehmender und theilweise auf die vordere Magenwand übergehender, bis zum Pylorus reichender, mobiler Tumor. Nebstdem harte, unbewegliche, tief reichende Infiltration der Retroperitonealdrüsen. Emporhebung des großen Netzes und des Quercolon, Aufsuchung der Plica duodenojejunalis; Anastomosestelle ca. 60 cm unterhalb der Plica. Wölfler-Rockwitz'sche Lagerung der Schlinge, Entleerung derselben mittels Fingerstrichen, Kompression zwischen Assistentenfingern, Unterschiebung von sterilen Kompressen unter dieselbe, Durchschneidung aller Darmschichten am freien Rande in der Länge von $2^1/_2$ cm, Einführung und Fixirung der Darmplatte.

Hiernach Aufsuchung einer wenig vaskularisirten Stelle in der vorderen Magenwand, Abklemmung derselben mit Assistentenfingern, Schnitt im Magen durch die ganze Magenwand in der Entfernung von 7 cm von den Grenzen der Neubildung, Unterbindung von 4 spritzenden Arterien in der Magenschleimhaut, Umsäumung der Magenwunde mit Kürschnernaht aus dünnem Katgut, Einführung und Fixirung der Magenplatte. Die frisch vorbereiteten Kohlrübenplatten waren $7^1/_2$ cm lang, $2^1/_2$ cm breit, 5 mm dick, mit einer ca. 3 cm langen, $^3/_4$ cm breiten ovalen Öffnung in der Mitte.

Es folgte Skarifikation der Magen- und Darmserosa mittels Skalpell im Bereiche der Platten, Annäherung der Plattenränder an einander durch Anziehen der Endnähte, Anlegung von 4 Lembert'schen Knopfnähten an den inneren

Plattenrändern, Annäherung beider Darmwunden und Knüpfung aller Plattennähte, Anlegung einiger Befestigungsnähte am Vorderrande der Platten, Befestigung in schiefer Richtung des zuführenden Schenkels des Jejunums an die vordere Magenwand mittels einiger Lembert'scher Nähte, Trockenlegung der Anastomosenstelle, Versenkung und Schluss der Bauchdeckenwunde. Dauer der Operation 3/4 Stunde.

Mäßiger Collaps; Brechreiz und Erbrechen durch 2 Tage post oper., welche dann dauernd wichen. Nährklystiere durch 4 Tage, Durst durch Eispillen gestillt. Intern: Tinct. opii. Afebriler Verlauf. Wunde per primam geheilt. Seit dem 5. Tage Ernährung per os, seit dem 11. Tage feste Nahrung. Kohlrübenreste wurden in den Stuhlgängen nicht gefunden. Pat. verließ das Bett schon am 11. Tage post oper., bald jedoch begann sie über ausstrahlende Schmerzen in der linken Lendengegend zu klagen, gegen welche Narkotica erfolglos verabreicht wurden; die Kachexie wurde von Tag zu Tag größer und Pat. verschied unter immer größer werdender Schwäche am 21. Oktober, d. i. 81 Tage nach der Operation.

II. Fall. A. S., 56jährige Bäuerin aus Zolkiew, litt seit December 1897 an Magenbeschwerden; seit April 1898 konstatirte Dr. Muszkiet, Primararzt des Spitals zu Zolkiew, einen Tumor in der Magengegend und rieth zur Operation; die Pat. meldete sich jedoch erst am 7. Oktober 1898.

Die Untersuchung ergab: Bei der gracil gebauten, abgemagerten Pat. mit erdfahler Gesichtsfarbe, blassen Lippen, fehlendem Panniculus und eingezogenem Abdomen tastet man in der Pylorusgegend einen mehr wie hühnereigroßen, harten, unebenen, ovalen, quer zur Körperachse gelegenen, sehr wenig mobilen Tumor. Deutliches Schwappen im Magen; Hals-, Achsel- und Inguinaldrüsen nicht tastbar; mäßiger Ascites nachweisbar, Temperatur und Puls normal. Mehrmalige Untersuchung des Mageninhalts nüchtern und nach Probemahlzeit erwies totales Fehlen der freien Salzsäure, dafür war Milchsäure deutlich nachweisbar. Diagnose: Carcinoma pylori.

Nach entsprechender Vorbereitung (Magenausspülung) führte ich die Laparotomie aus am 18. Oktober 1898 im Spital zu Zolkiew bei gütiger Assistenz der Herren Dr. Muszkiet, Dr. Sochacki und Dr. Wyrzykowski. Bauchschnitt in der Linea alba — 10 cm lang, vom Processus xiphoides bis zum Nabel reichend. Nach Eröffnung des Peritoneums präsentirt sich der stark erweiterte Magen. Den Pylorus und Pylorustheil des Magens nimmt ein orangegroßer, unebener, sehr harter und wenig mobiler Tumor ein; er lässt sich nicht nach auswärts bringen. Retroperitoneal- und Mesenterialdrüsen hart, vergrößert bis haselnussgroß; eben so zahlreiche harte, bis haselnussgroße Knoten im großen Netze. Gastroenterostomie. Aufhebung des großen Netzes und des Colon transversum und Aufsuchung der Plica duodenojejunalis durch Hervorziehen und Reposition der einzelnen Schlingen und Orientirung nach der Weite des Darmlumens. Das Jejunum war ziemlich weit und begann sich erst ca. 45 cm weit von der Plica zu verengern; daher Wahl der Anastomosestelle ca. 40 cm unterhalb der Plica.

Die weiteren Operationsakte wie im I. Falle: zuerst Jejunumschnitt (dabei doppelte Abklemmung desselben mit Kocher'schen Kompressorien), dann Magenschnitt; Größe der Platten, Fixirung derselben, Skarifikation der Serosae, Knüpfung der Nähte, Anlegung von Sicherheitsnähten und Bauchdeckennaht wie im I. Falle.

Dauer der Operation 40 Minuten. Mäßiger Collaps, welcher durch Ätherinjektionen und Einlegung von Wärmflaschen an die Füße behoben wird. Nährklystiere durch 4 Tage, Durst mit Eispillen gestillt, intern: Tra. opii.

Am 19. Oktober Morgens Temperatur 37,4°, Puls 80, Abends Temperatur 37,7°. wegen Husten Codeïn. Am 20. Oktober Morgens Temperatur 37,8°, Puls 92, Abends Temperatur 37,7°. Der 1. Stuhlgang in der Nacht vom 20. Oktober auf den 21. Oktober, der 2. am 21. Oktober früh; verdaute Kohlrübenreste wurden nicht gefunden. Am 21. Oktober Morgentemperatur 36,9°, Puls 88, Abendtemperatur 38°. Am 22. Oktober Morgentemperatur 37°, Abendtemperatur 39,3°!

Pat. nimmt zum 1. Male flüssige Nahrung (Milch, Thee) zu sich.

Am 23. Oktober Morgentemperatur 37°, Abendtemperatur 36,6°.

In der Nacht vom 23. Oktober auf den 24. Oktober neuerlicher Stuhlgang, in welchem halbverdaute Kohlrübenreste gefunden wurden. Seit dieser Zeit afebriler Verlauf.

Am 28. Oktober wurde jede 2. tiefe Naht und die Kürschnernaht beseitigt.

Seit dem 30. Oktober nimmt Pat. feste Nahrung zu sich, Allgemeinzustand gut. Am 31. Oktober wurden die restlichen Nähte entfernt und Pat. als relativ geheilt entlassen. Die Pat. starb Mitte August l. J., lebte somit volle 8 Monate nach dem Eingriffe.

Bezüglich der in obigen 2 Fällen angewandten Technik bin ich in so fern von der im 1. Falle[1] angewandten abgewichen, dass ich dem Magenschnitte den Schnitt im Jejunum vorausschickte und das Jejunum in dem letzten Falle vor der Incision mit Kocher'schen Darmklemmen doppelt abklemmte. Diese Abklemmung nach Ausstreichen des Darminhalts aus dem Nachbardarme sichert vor dem Austreten des Darminhalts besser, als die Abklemmung mit den Fingern, auch brauchen wir uns bei dem nachfolgenden Operationsakte am Magen um die Darmwunde weniger zu kümmern, als ohne Klemmen, besonders aber wenn wir die Darmwunde mit einem Lappen steriler Gaze bedecken. Zur Abklemmung genügt auch die doppelte Unterbindung des Darmes mittels dünner Drainröhrchen, wovon ich mich bei meinen zahlreichen Versuchen mit der Darmausschaltung an Hunden mehrmals überzeugte. Die in den 2 obigen Fällen angewandte Folgereihe der Operationsakte, nämlich zuerst Anlegung der Darmfistel und dann der Magenfistel, ist besser als die umgekehrte, da man den Magen nicht so lange mit den Fingern zu komprimiren braucht. Um der Regurgitation der Speisen in den Magen vorzubeugen, habe ich den zuführenden Schenkel des Jejunums in einem Bogen etwas schief gelagert und an die vordere Magenwand mit einigen Lembert'schen Nähten so angeheftet, damit die Fistelöffnung die möglichst tiefe Stelle am Magen einnehme.

Die Plattennaht eignet sich besser zur Gastroenterostomia antecolica, da die Manipulation mit den Platten dabei sicherer ist. Kompressionserscheinungen des Colons sind — glaube ich — ausgeschlossen, wenn nur der genügend tiefe Darmtheil zur Anastomose gewählt wird. Gegen Regurgitation der Speisen in den Magen sichert uns die entsprechende Lagerung der Schlinge (Wölfler-Rockwitz'sche Lagerung) und schiefe Befestigung des zuführenden Schenkels an die Magenwand. Die Plattennaht eignet sich weniger zur Gastroenterostomia retrocolica posterior nach v. Hacker wegen des leichteren Ausfließens des Mageninhalts; die Möglichkeit der Ausführung dieser Modifikation wäre jedoch bei genügend mobilem Magen nicht ausgeschlossen.

Die Vorzüge, welche die Anwendung der Plattennaht bei der Gastroenterostomie bietet, wären folgende: Raschheit der Ausführung der Operation, Annäherung so breiter Serosaflächen an einander wie bei keiner anderen Methode, Versicherung vor Infektion der Peritonealhöhle bei regelrechter Ausführung, Reduktion der Nähte ad minimum, welche doch infektiöse Keime tragen können, und Unmöglichkeit der Perforationsperitonitis.

---

13) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

104. Sitzung am Montag, den 13. November 1899, im kgl. Klinikum.
Vorsitzender: Herr Langenbuch.

1) Herr Körte: Krankenvorstellung.

Der von K. operirte und geheilt vorgestellte Pat. war wegen unklarer Darmbeschwerden, unregelmäßigem Stuhle, schmerzhaften Kontraktionen, schließlich kompletem Darmverschlusse ins Krankenhaus aufgenommen worden.

Bei der Laparotomie entleerte sich eine seröse Flüssigkeit, die Darmschlingen waren geröthet, Colon und Coecum stark gefüllt, Flexura sigmoidea kollabirt,

[1] Centralblatt für Chirurgie 1892. No. 27.

rechts von der Mitte des Colon transversum ein Tumor von Fingerkuppengröße im Lumen — anscheinend ein Stein — fühlbar. Bei der Incision indess ergab sich ein kleines strikturirendes Carcinom. Resektion und Einnähen des centralen Endes seitlich in das abführende Ende. Schon am nächsten Tage Stuhl. Obwohl der Pat. von der 3. Woche an 2 Monate lang fieberte, wofür ein Grund nicht zu finden war, erfolgte doch schließlich völlige Heilung.

In der Diskussion macht Herr Israel darauf aufmerksam, dass bei Erkrankung jugendlicher Individuen an malignen Tumoren besonders der Mastdarm befallen wird; einmal hatte das Carcinom das Kreuzbein durchwachsen, bei einem Mädchen von 13 Jahren beobachtete er einen Gallertkrebs der Flexura coli.

Herr Langenbuch operirte einen 12jährigen Pat. wegen Darmcarcinom.

2) Darauf berichtet Herr Langenbuch über einen von ihm operirten Fall von Echinococcus der Gallenblase. Ein 30jähriger Arbeiter hatte im Anschlusse an einen Unfall Magenschmerzen bekommen; nach einem Monate hatte sich ein Tumor im rechten Hypochondrium entwickelt, der allmählich bis Kindskopfgröße anwuchs, fluktuirte, bei der Probepunktion eitrigen Inhalt ergab und für einen Leberabscess angesprochen wurde. Ikterus war nicht vorhanden.

Die Operation ergab indessen einen Echinococcus der Gallenblase.

Eine andere von ihm operirte und vorgestellte 40jährige Pat. litt an einem Echinococcus im Lobulus Spigelii. Die Krankheitserscheinungen bestanden in Gallensteinkolik, einmaligem Abgang eines haselnussgroßen Gallensteins, Erbrechen, Frost, Ikterus. Bei der Laparotomie fand sich die Gallenblase von etwas über normaler Größe, bei der Incision aber keine Steine.

Beim Abtasten der Leber mit der Hand ließ sich hinten oben versteckt eine umschriebene Stelle mit praller Konsistenz und Fluktuation konstatiren, zu der man sich nur schwer Zugang verschaffen konnte. Unter Zuhilfenahme von Netz und Bildung eines Trichters aus demselben — um das Einfließen des Tumorinhalts in die Bauchhöhle zu verhüten — nach Vorziehen der Leber bis an die Bauchdecken und Einnähen des Sackes wurde derselbe nunmehr geöffnet.

3) Herr Brentano: Subphrenischer Abscess nach Pankreasnekrose.

B. stellt 2 von ihm operirte Fälle von Pankreaseiterung mit nachfolgender Gangrän des Organs vor.

Fall I. 24jähriges Mädchen, nicht belastet, früher gesund, erkrankt im Oktober v. J. unter Erscheinungen von Magengeschwür, die sich auf entsprechende Behandlung bald verlieren. Mitte August d. J. plötzliches Einsetzen von peritonitischen Symptomen, Magenschmerzen, Auftreibung des Leibes, Fieber. Am 15. September Aufnahme ins Krankenhaus Am Urban.

Stark abgemagertes, blasses Mädchen mit gesunden Brustorganen, remittirendes Fieber, kein Ikterus, Puls 130. Leib mäßig aufgetrieben, besonders die Oberbauchgegend, Dämpfung über dem ganzen linken Hypochondrium, sich aber nach rechts noch ins Epigastrium bis etwas über die Mittellinie hinaus erstreckend. Der Dämpfung, die ungefähr die Form einer stark vergrößerten Milz hat, entspricht kein eigentlicher Tumor, sondern nur eine vermehrte Resistenz; an den Rändern der Dämpfung anscheinend verwachsene Darmschlingen zu fühlen. Form und Lage ändert sich weder bei der Athmung noch bei einer Umlagerung der Kranken. Keine Fluktuation. Die Bauchorgane sonst ohne nachweisbare Veränderung. Diagnose: Subphrenischer Abscess, von einem perforirten Magengeschwür ausgehend.

Operation: Resektion der 9. linken Rippe zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie, Vernähung der intakten Pleura mit dem Zwerchfell. Incision desselben. Es liegt eine gelbliche, ziemlich derbe Membran vor, die stumpf durchbohrt wird. Nunmehr gelangt man in einen großen, anscheinend intraperitonealen, die ganze linke Zwerchfellkuppe einnehmenden Abscess, aus dem sich dicker, nicht riechender Eiter entleert, untermischt mit eigenthümlichen nekrotischen, schwarzen Fetzen unbekannter Herkunft. In den Wandungen der unregelmäßigen Höhle verlaufen viele stark pulsirende Gefäße, die eine Untersuchung nach dem

Ausgangspunkte der Eiterung nicht räthlich erscheinen lassen. Tamponade der Wunde mit Jodoformgaze, dazwischen ein Drain.

9 Tage nach der Operation ist Pat. fieberfrei. Seitens der Pleura keinerlei Erscheinungen. Pat. erholt sich, nimmt an Gewicht zu.

7 Tage nach der Operation entleert sich beim Herausziehen der Gaze ein 12 cm langes, 4 cm breites, 1/2 cm hohes nekrotisches Organstück, das makroskopisch schon wie ein Theil des Pankreas aussieht und mikroskopisch acinöse Struktur erkennen lässt (Demonstration). 11 Tage post op. wird reichlich Zucker (5%) im Urin konstatirt, der in der Folge auf strenge Diabetesdiät bis auf 0,85% zurückgeht, bei gemischter Kost aber wieder bis auf 4% ansteigt.

Die Eitersekretion aus der Wunde lässt allmählich nach und macht der Ausscheidung einer weißlichen, schleimigen, leicht getrübten, klebrigen Flüssigkeit Platz, in der bei der chemischen Untersuchung die 3 Fermente des normalen Bauchspeicheldrüsensaftes nachgewiesen werden können (Demonstration des Saftes und der secernirenden Fistel).

B. fasst den Fall als eine möglicherweise von einem Magengeschwür ausgehende Peripancreatitis auf, die zur Nekrose des Organs und zum Eiterdurchbruch in die Bursa omentalis geführt hat, betont aber, dass die ersten Erscheinungen der Erkrankung im vorigen Herbste eben so gut als Symptome einer primären akuten Pancreatitis aufgefasst werden können. Die 2. Attacke im August dürfte unzweifelhaft durch den Eiterdurchbruch in die Bursa omentalis hervorgerufen worden sein. Fettgewebsnekrose konnte mit Sicherheit nicht nachgewiesen werden.

Fall II ist von B. im Juli 1893 operirt und in den ausführlichen Arbeiten Körte's bereits erwähnt und beschrieben. Die jetzt 54jährige Frau, bei der der Diabetes erst 1 1/2 Jahr nach der Operation nachgewiesen werden konnte, hat gegenwärtig noch 2 1/2% Zucker. Ernährung und Allgemeinbefinden sind leidlich. Leicht bräunliche Hautfarbe. Bei ihr handelte es sich um eine retroperitoneale Eiterung, die durch linksseitigen Flankenschnitt eröffnet worden war, und bei der sich gleichfalls größere nekrotische Pankreasstücke abstießen mit consecutiver Pankreasfistel. Pankreasnekrose war in diesem Falle sicher vorhanden.

Diskussion. Über einen ähnlichen Fall verfügt Herr Hahn: Eine 30jährige Frau, die mit häufigem Erbrechen und Schmerzen in der rechten Seite erkrankte. In der Annahme einer Cholelithiasis operirte er, fand aber in der Bursa omentalis eine große Menge schleimiger Flüssigkeit und Fettnekrose. Er tamponirte die Wundhöhle, aus der sich nach Wochen nekrotische Fetzen entleerten. Auffallend war ihm dabei das völlig an Tabes erinnernde Krankheitsbild.

Während dieser Fall also, anscheinend in einem späteren Stadium der Erkrankung operirt, in Heilung überging, starben 2 andere im akuten Stadium bald nach der Operation. Bei Beiden zeigte sich bei der Sektion Pankreas und Umgebung mit Fettnekrosen erfüllt.

Herr Israel: Während die meisten Erkrankungen des Pankreas nach links liegen, beobachtete er einen Fall, in dem die Krankheitserscheinungen rechts ihren Sitz hatten, einen Leberabscess vortäuschend.

Bei der Incision über der Höhe des rechten Leberlappens eröffnete er eine Eiterhöhle, die durch einen engen Gang (das Foramen Winslowii) mit einer links in der Bursa omentalis gelegenen kommunicirte.

Herr Körte wiederholt die von ihm gemachte Erfahrung, dass nämlich die Prognose in solchen Fällen um so besser ist, je später man zu operiren braucht. Alle diese Kranken zeigen Ileuserscheinungen, deren Ursache indess wahrscheinlich auf einer Reizung des hinter dem Pankreas gelegenen Plexus solaris beruht, da die Darmpassage frei ist. Überstehen sie den Ileusanfall, und kommt es zur Abscessbildung, ist ja naturgemäß die Prognose eine günstige.

4) Herr Lewerenz: Die Milzexstirpation wegen Trauma.

Operationen wegen Milzruptur werden selten vorgenommen, da sie, zumal wegen schwerer Mitverletzung von Herz, Leber, Niere, meist zum Tode führen,

oder auch die Stellung der Diagnose eine schwierige ist. Außerdem werden von der Zerreißung auch leichter bereits krankhaft veränderte Organe betroffen; mit dem Grade der Entzündung nimmt der Grad der Verletzlichkeit zu. Bekanntlich kommen Spontanrupturen der Milz vor schon bei starken Hustenstößen, bei der Defäkation, dem Geburtsakte etc. Von durch Operation geheilten Fällen sind 16 beschrieben. Der von L. beobachtete Fall war folgender:

Ein 27jähriger Arbeiter wurde von dem Rade eines Wagens überfahren, bekam 2 Stunden später Leibschmerzen, Collapsanfälle, oberflächliche Athmung; kein Erbrechen; Leib ohne Spuren äußerer Gewalteinwirkung. Perkussion ohne abnormen Befund, Urin frei von Blut.

Nach weiteren 2 Stunden kleiner, frequenter Puls, Schweißausbruch, aufgetriebener Leib, Dämpfung in der rechten Unterbauchgegend 2querfingerbreit. In der Annahme einer inneren Blutung, vermuthlich einer Leberruptur, Einschnitt in der Mittellinie. Hervorstürzen von Blut. Leber, Niere, Magen, Darm sind intakt, auch im kleinen Becken ist die Quelle der Blutung nicht auffindbar; schließlich wird, nach Hinzufügen eines Querschnitts auf den ursprünglichen Längsschnitt, die Milz resp. 2 Einrisse auf der Konvexität derselben als Quelle der Blutung entdeckt.

Bildung eines Stiels, Abtragen der Milz. Das Präparat ist 130 g schwer, zeigt deutlich 2 gegen den Hilus konvergirende Einrisse auf der Konvexität. Die Beobachtung der übrigen blutbildenden Organe während der Rekonvalescenz zeigt keinerlei Abnormitäten.

L. fügt hinzu, dass bei Milzruptur nur mit wenigen Ausnahmen Ausgang in Heilung erfolgt, vielmehr ein tödlicher Ausgang, wenn nicht sofort durch die Blutung bedingt, in Folge von Peritonitis oder subphrenischem Abscess eintritt.

In der Diskussion lenkt Herr Rubinstein die Aufmerksamkeit auf den jüngst in der Berliner medicinischen Gesellschaft von Loewy und Richter vorgetragenen Bericht über Experimente am Ovarium von Hunden, dass nämlich die Exstirpation der Ovarien eigenartige Störungen des Gaswechsels zur Folge hat. R. glaubt, dass die Exstirpation auch anderer Organe wohl ganz dieselbe Wirkung auszuüben im Stande sei.

5) Darauf demonstrirt Herr Lewerenz das Präparat einer rupturirten Leber, von einem 49jährigen Kutscher stammend, der bei der Aufnahme zwar Chokerscheinungen zeigte, aber bis zu seinem 3 Stunden später erfolgenden Tode vollen, kräftigen Puls (80—90) hatte. L. nimmt an, dass der Tod nicht an Verblutung, sondern durch Chok in Folge Quetschung der Baucheingeweide eingetreten sei.

Herr Langenbuch giebt zu dem Falle die weitere Erklärung, dass man wohl die Frage aufwerfen könne, warum nicht operirt worden sei; er unterließ dies aber, weil der Puls vollkommen normal war, und sich die Chokerscheinungen durch die Operation ev. noch vermehrt haben würden.

6) Darauf zeigt Herr Langenbuch das Präparat eines Ductus choledochus, der bis Daumendicke vergrößert war und bei der Operation für die Gallenblase angesprochen wurde. Die betreffende 48jährige Frau war seit Jahren krank, hatte schließlich Darmblutungen, Schüttelfröste, Ikterus. L. fand bei der Operation ein birnenförmiges Hohlorgan, das bei der Incision Galle entleerte, und das er an die Bauchdecken annähte. Aus den Rändern der entleerten und angenähten »Blase« fanden häufig Blutungen statt, die den Verdacht nahe legten, dass man es mit dem Ductus choledochus zu thun habe, was auch thatsächlich der Fall war. Die Frau starb bald nachher an Collaps; es fand sich ein Darmcarcinom.

7) Herr Lewerenz: Über Invaginatio ileo-colica.

Unter sämmtlichen Invaginationen ist die Invaginatio ileo-colica die seltenste und relativ gefährlichste. Ein unter der Diagnose Blinddarmentzündung in das Lazarett-Krankenhaus eingelieferter 12jähriger Knabe, der 10 Tage zuvor einen mit Leibschmerzen, Neigung zu Verstopfung, angeblich auch Abgang von blutfarbigem Koth einhergehenden Anfall überstanden hatte, zeigte nunmehr eine Vorwölbung

in der Ileocoecalgegend von tumorartiger Resistenz und Dämpfung, die den Eindruck einer recidivirenden Blinddarmentzündung machte.

Ein 12 cm langer Schnitt bringt das durch kompakte Massen ausgestopfte Colon ascendens zu Gesicht; der Dünndarm in den Dickdarm eingestülpt. Die Lösung ist wegen ödematöser Durchtränkung äußerst schwierig. Allmählich wird ein 52 cm langes Stück entwickelt. Eine Ursache für die Invagination ist nicht auffindbar. Die Heilung erfolgte innerhalb 6 Wochen ohne Störung. Wenige Wochen später stirbt der Knabe an Mesenterialtuberkulose. In dem zwischen Jejunum und Ileum gelegenen Darmtractus finden sich auf der Mucosa zahlreiche stecknadelkopfgroße Excrescenzen, ferner polypenartige Gebilde.

2 ähnliche Fälle von Invagination wurden von Herrn Lindner beobachtet; bei einem fand sich Polyposis des Darmes, einmal ein Lymphosarkom als Ursache.

Sarfert (Berlin).

---

14) **Hofmann.** Über das Sackdivertikel des Ösophagus und seine chirurgische Radikalbehandlung mit vorausgeschickter Gastrostomose. (Aus der chirurgischen Abtheilung des St. Marienhospitals in Bonn. Dirigirender Arzt: Prof. Dr. Witzel.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 31.)

H. giebt die Krankengeschichte zweier von Witzel mit ausgezeichnetem Erfolge operirter Fälle von Sackdivertikel der Speiseröhre. Das eine Divertikel war $4^1/_2$ cm lang, das andere hatte die Größe einer Pflaume. Die Entwicklung war in beiden Fällen sehr schnell vor sich gegangen im Gegensatz zu fast allen bisher berichteten Fällen. In beiden Fällen war ferner ein ganz auffallendes Schluckgeräusch zu hören. Auch waren Haltung und Gesichtsausdruck der Pat. vor und im Moment des Schluckens recht charakteristisch.

Bei Carcinom 22 cm hinter der Zahnreihe und Stenose des Ösophagus hat H. nie ein solches Schluckgeräusch beobachtet. In dem einen Falle bestanden vor dem Auftreten der Schlingbeschwerden Magenbeschwerden, die zu einer erfolglosen Laparotomie Veranlassung gegeben hatten. Die Erklärung für diese Störungen findet H. in der gemeinsamen Innervation des Magens und der Speiseröhre.

Aus seinem 2. Falle, in welchem bei dem Pat. die Sonde im Divertikel bereits stecken blieb zu einer Zeit, als derselbe noch keine Ahnung von seinem beginnenden Leiden hatte, folgert H., dass der Fremdkörper nicht die Ausstülpung verursache, sondern einfach in ihr festgehalten werde, und die Pulsion erst bei einem präformirten kleinen Sack wirksam zur weiteren Ausstülpung werden kann.

Es scheint H. sicher, dass das Erbrechen und die übrigen Magenbeschwerden nur eine Folge des sonst noch nicht in die Erscheinung getretenen Divertikels sind und nicht etwa die Entstehungsursache für dasselbe abgeben.

W. ließ beide Male der Entfernung des Divertikels die Gastrostomose vorangehen, die ja in der jetzigen Technik keinen zu schweren Eingriff darstellt.

Die Speiseröhre wurde sofort genäht (in 2 Etagen). Vom 14. Tage ab kann bei glatter Heilung die Ernährung vom Munde aus vorgenommen werden.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

15) **Dorf.** Ein Fall von perforirenden Verletzungen des Magens und des Duodenums nebst Einrissen in die Leber.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 9.)

Verf. bringt die ausführliche Krankengeschichte und das Sektionsprotokoll des tödlich geendeten Falles.

Die etwa 850 kg schwere, von 5 Arbeitern auf einem starken Eichenpfosten im stabilen Gleichgewichte gehaltene Hälfte eines Antriebrades geräth ins Wanken und fällt auf einen hinzueilenden 17jährigen Eisendreher derartig, dass eine Speiche des Rades etwa 2 Minuten lang über Brust und Leib desselben zu liegen kommt.

Nach etwa 10—12 Stunden relativ guten Befindens, welches einige Male durch Erbrechen brauner Flüssigkeit unterbrochen wurde, tritt unerwartet der Tod ein.

Bei der Obduktion findet man an der Leber einen 4 cm langen und mehrere kleinere oberflächliche Einrisse, an der kleinen Curvatur des Magens ein guldenstückgroßes und an der Übergangsstelle des quer verlaufenden Abschnitts des Duodenums in dem absteigenden Theile desselben ein haselnussgroßes Loch. Außerdem wird eine Kontusion des rechten Oberarms und ein Splitterbruch des linken Schienbeins gefunden.

Nach Ansicht des Verf. ist der Tod durch Verblutung in den Magen und Darm erfolgt.

Im Gegensatze zu Traube und Riegel, nach deren Ansicht Erbrechen bei freier Perforation des Magens gewöhnlich fehlt und dessen Fehlen von Letzterem sogar als ein diagnostisches Zeichen bezeichnet wird, hebt Verf. im vorliegenden Falle besonders das Auftreten von Erbrechen hervor. **Motz** (Hannover).

16) **K. Edgrén** et **W. Parviainen** (Jyväskylä). **Résumé un cas de rupture traumatique sous-coutanée de l'intestin grêle. Laparotomie. Guérison.**

Esitetty Snomen lääkäriseuran kokou ksessa helmikum 1899. 25 S.

Verff. sahen einen 12jährigen Knaben, dem die Spitze einer Zaunstange in die rechte Bauchseite $3^1/_2$ Querfinger unterhalb des Rippenbogens drang, ohne jedoch die Kleider zu durchbohren, aber in der Bauchhaut ein rundes Loch setzte. Unter der Haut befand sich in der Muskulatur ein 4 cm langes dreieckiges Loch, dessen Spitze gegen den Rippenbogen gerichtet war. Da wahrscheinlich eine Verletzung der Bauchorgane vorlag, wurde die perforirende Wunde um 5 cm erweitert. Eine Dünndarmschlinge, die nahe an der Plica duodeno-jejunalis lag, war fast total durchgerissen, nur eine 1 cm breite Brücke gegenüber dem Gekrösansatze stellte die Verbindung zwischen beiden Darmstücken her. Nach Säuberung der Wundränder wurden die Darmenden durch cirkuläre Etagennähte vereinigt, die Bauchwunde theils geschlossen, theils drainirt. Heilung. **Buchbinder** (Leipzig).

17) **R. Oppenheim** et **C. Lautry**. **La péritonite aigue par perforation au cours de l'entérite tuberculeuse.**

(Arch. génér. de méd. Tome I. No. 6.)

Es handelt sich um einen Kranken, der an Lungen- und Darmtuberkulose leidet, bei dem mit Ansteigen der Temperatur eine Perforation, gefolgt von allgemeiner Peritonitis, eintrat, die, offenbar in Folge des elenden Zustands des Kranken, außer Abfall der Temperatur, leichter Auftreibung des Leibes und Kleinheit des Pulses, keine wesentlichen Erscheinungen machte. Trotzdem die Perforationsstelle nur etwa stecknadelkopfgroß war, hatte sich schnell eine über das ganze Bauchfell ausgedehnte Peritonitis entwickelt. Ein 2. ähnlicher Fall gelangte zur Operation, ohne dass hierbei die Ursache der Peritonitis gefunden wurde. Bei der Autopsie fand sich ein ringförmiges Geschwür und in demselben eine etwa stecknadelkopfgroße Perforation. Das Interessante bei diesen Fällen ist das vollständige Fehlen jeglicher schützender Verwachsungen, trotz des langsam fortschreitenden Processes in der Darmwand. — Verff. glauben dies Fehlen der Verwachsungen auf die in Folge der bestehenden langen Kachexie mangelhafte Reaktion des Organismus zurückführen zu müssen. **Longard** (Aachen).

18) **Sneguireff.** Mille et une laparotomies. Autoplastie dans les opérations abdominales.

(Revue de chir. 1899. No. 9.)

Die mit Ausnahme von 36 Fällen wegen gynäkologischer Leiden ausgeführten Operationen aus dem Zeitraume der letzten 9 Jahre hatten eine Sterblichkeitsziffer von 9,8%, von denen indess 4% in Abzug gebracht werden, weil bei diesen der tödliche Ausgang mit der Operation nicht in direktem Zusammenhange stand

Unter den in Folge des operativen Eingriffs Verstorbenen — 58 — sind allein 39 einer septischen Peritonitis erlegen; freilich finden sich darunter 10, bei denen es sich um mit Eiterung einhergehende Leiden, deren 110 zur Operation kamen, gehandelt hatte, ferner 10 Fälle von bösartiger, 4 von gutartiger, mit septischen Processen komplicirter Neubildung, während die übrigen Todesfälle durch von außen gekommene Infektionen während der Operation verschuldet waren. Um diese Gefahren zu vermindern, hat S. in den letzten Jahren, und zwar mit großem Nutzen in Bezug auf Herabsetzung der Sterblichkeit, einzelne Modifikationen eingeführt, so u. A. sich nur der Gazetupfer bedient, auf den Gebrauch des Katgut verzichtet, dafür Seide, Silkworm und neuerdings Rennthiersehnen in Gebrauch gezogen, bei der Operation bereits einmal benutzte Klemmen nicht wieder verwendet, sondern durch andere, frisch sterilisirte, ersetzt, die Bauchhöhle sehr reichlich mit Salzwasser gespült und drainirt. Die weitere, letzter Zeit eingetretene Verbesserung seiner Resultate setzt S. auf Rechnung der neuerdings angewandten Technik, alle verletzten Stellen des Peritonealüberzugs, so alle Stiele von Ligamenten, Plexus, alle Serosadefekte am Darme, an der Blase etc. mit Bauchfell zu decken (»Autoplastik«), wofür er einige Beispiele anführt. Hierdurch hat er auch erreicht, dass nach den letzten 324 Operationen nicht in einem einzigen Falle Erscheinungen von Darmverschluss, die er unter seinen früheren 677 Fällen 13mal mit 5 tödlichen Ausgängen (11mal sekundäre Laparotomie: 3 †) erlebt hatte, aufgetreten waren. Interessant ist auch, dass Ligaturen des Harnleiters versehentlich niemals vorgekommen sind. — Unter den weiteren Todesursachen sind sekundäre intraabdominale Blutungen in 13 Fällen notirt, die zumeist dem Plexus pampiniformis entstammten und auf die Massenunterbindung desselben zurückgeführt werden. S. empfiehlt desshalb, möglichst solche zu vermeiden, so wie sich am Schlusse der Operation bei Horizontallage des Pat. davon zu überzeugen, ob sich ein bei Beckenhochlagerung leicht unbemerkt bleibendes Hämatom gebildet hat. — Wir haben aus S.'s Abhandlung nur Einiges hier mittheilen können; das Wenige aber dürfte schon zeigen, dass in derselben eine Reihe interessanter Fragen der operativen Technik bei Laparotomien erörtert werden, und somit das Studium der Arbeit auch dem erfahrenen Chirurgen von Werth sein wird.

Kramer (Glogau).

19) M. Zondek. Beitrag zur Lehre von Blasenhernien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 584.)

Z. publicirt 2 von Israel operirte Blasenhernien, die dadurch von besonderem Interesse sind, dass die Anamnese erlaubte, beide Male den Zustand schon vor der Operation richtig zu diagnosticiren, was bekanntlich selten ist.

Fall 1 betrifft einen 52jährigen Prediger, von häufiger hartnäckiger Stuhlverstopfung abgesehen bis vor 2 Jahren gesund. Seitdem bemerkte Pat. eine zunächst pflaumengroße Anschwellung in der linken Leiste und hatte wiederholt, namentlich nach längerer absichtlicher Rückhaltung des Urins, Harnbeschwerden, bestehend in mühsamer, tropfenweiser Entleerung und Schmerzen im hinteren Harnröhrentheil. Nach eingehaltener Bettruhe pflegte die Schwellung in der Leiste zurückzugehen und wieder normale Urinentleerung im Strahle einzutreten. Keine Striktur, mäßige Prostatahypertrophie. Bei der Operation durch Schnitt parallel dem Poupart'schen Bande kommt man auf eine dicke Fetthülle, und es wird ein starkwandiger, etwa gänseeigroßer, aus dem Leistenringe austretender, leerer Bruchsack freigelegt. Nach unten und innen von diesem und fest mit ihm verwachsen eine weitere, sich cystisch anfühlende, aus dem Leistenkanale austretende, etwa taubeneigroße Geschwulst in starkes Fettlager gehüllt. Bei ihrer Ablösung vom Bruchsacke zeigen sich Muskelfasern, ein Beweis, dass hier ein Blasenvorfall vorliegt. Da die Wand desselben an der Stelle der Ablösung vom Bruchsacke stark verdünnt ist, wird diese Stelle excidirt, die Lücke durch Naht geschlossen. Der Blasenvorfall wird möglichst durch den Leistenkanal zurückgeschoben, der Bruchsack exstirpirt, der Leistenring vernäht etc. Heilung. Demnach ist der Fall eine »paraperitoneale« Blasenhernie. Jedenfalls hat der Bruchsack den an

ihm adhärenten Blasenzipfel mit durch den Leistenkanal herausgezogen. Als Ursache aber der Verwachsung zwischen Bruchsackbauchfell bezw. dem entsprechenden präserösen Fette mit der Blasenwand kann vielleicht die frühere häufige Koprostase angesehen werden.

Fall 2 ist eine crurale, extraperitoneale Blasenhernie bei einer 40jährigen Frau. Seit December 1896 Schmerzen in der rechten Leistengegend, Juni 1897 daselbst zuerst ein pflaumengroßer Knoten bemerkt. Seit December 1897 öftere Schmerz- und Dysurieanfälle, namentlich nach Körperanstrengungen, wobei der Knoten anschwoll und stundenlange Urinretention auftrat. Nach einigen Tagen Bettruhe immer Rückkehr von Euphorie. Während eines solchen Anfalls Krankenhausaufnahme, zu welcher Zeit die Geschwulst hart und höckrig von Gänseeigröße war. Bei der Operation fand sich eine pflaumengroße Geschwulst mit einem Stiele aus dem Schenkelkanale hängend. Abtragung derselben. Es ist ein Fibrolipom, in dessen Innerem ein Abscess verborgen war. Der übrig gebliebene, an der Bruchpforte gelegene Theil ist vorgefallene Blasenwand, wie durch Katheterismus nachweisbar. An der Abtragungsstelle der Geschwulst ist die Blase sehr verdünnt. Desshalb Blasenwandresektion an dieser Stelle in 5pfennigstückgroßer Ausdehnung. Naht des Loches, Reposition des Blasenvorfalls. Hautnaht, Heilung. — Vielleicht war in diesem Falle das gestielte, den Abscess enthaltende Fibrolipom auch schon ursprünglich ein vorgefallenes Blasendivertikel.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

20) **J. Nicolaysen** (Christiania). Beiträge über die Dauererfolge der chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs.

(Vortrag auf dem IV. Kongresse des nordischen Vereins für Chirurgie 1899. Aug.)

Bei 23 Kranken mit chronischem Magengeschwür hat der Verf. 5mal die Pyloroplastik und 18mal die Gastroenterostomie (3 anterior, 15 posterior nach v. Hacker) ausgeführt mit 2 Todesfällen.

(1) Doppelter Sanduhrmagen, fehlerhafte Insertion der Darmschlinge im mittleren Magendrittel, Gallenrückfluss in den Magen mit Stauungserscheinungen. Tod am 5. Tage.

2) Marantische Thrombose der linken V. femoralis, tödliche Lungenembolie am 28. Tage nach der Operation.)

Es fanden sich in der Mehrzahl der Fälle 2 oder 3 Geschwüre, öfters nicht am Pylorus, sondern 3—5 cm links von demselben an entsprechenden Stellen der vorderen und hinteren Wand in der Nähe der kleinen Curvatur, bisweilen auf derselben reitend.

Die Stenosenerscheinungen wurden in solchen Fällen durch eine Art Spornbildung bedingt — innere Verwachsungen zwischen der vorderen und hinteren Wand — wodurch die passirbare Öffnung viel kleiner wurde, als man von dem äußeren Durchmesser vermuthen konnte.

Unter den 18 Fällen mit Stenosenerscheinungen gab es außerdem typische Narbenretrakturen des Pylorus mit oder ohne muskuläre Hypertrophie und (2mal) Narben in der Duodenalwand.

In 5 Fällen von offenem Geschwür ohne Stenose wurde die Operation durch wiederholte Blutungen und Schmerzen indicirt.

Von den Kranken konnten 12 über 2 Jahre (darunter 2 über 5 Jahre), 4 1 Jahr, 5 1/2 Jahr nach der Operation beobachtet werden.

In Bezug auf die Motiliätsverhältnisse ergaben die Untersuchungen, dass eine Restitutio ad integrum bei den schwereren Stenosen erst nach mehreren Monaten erfolgte, während die motorischen Funktionen des Magens in leichten oder mittelschweren Fällen schon 4 Wochen nach der Operation zur Norm zurückkehrten.

Ein entsprechendes Verhältnis fand sich in Bezug auf die Resorption von Stickstoff und Fetten bei Gastroenterostomirten.

Die Stoffwechseluntersuchungen bei 2 Operirten, deren eine 1 Jahr, die andere 5 Wochen nach der Operation untersucht wurde, ergaben, dass jene 3,82%, diese

13,11% Fett (bei derselben Fetteinnahme) mit dem Kothe verlor. Bei der letzteren Pat. wurden 1 Jahr später wieder Untersuchungen gemacht unter sonst gleichen Verhältnissen; dieses Mal betrug der Verlust nur 3,63%.

In 8 Fällen wurden Blutkörperchenzählung und Hämoglobinbestimmung vor und nach der Operation vorgenommen und ergaben in 2 Fällen schon vor der Operation normale Werthe, während sie in den übrigen 6 Fällen eine rasche Steigerung bis auf 4—5 Millionen Blutkörperchen und 90—100% Hämoglobin nach der Operation von 3 Millionen und 60% vor derselben zeigten.

In der Beobachtungszeit sind außer den oben erwähnten 2 weitere 4 Kranke gestorben: 1 an Narbenretraktur der Anastomosenöffnung und außerdem Sarcoma ovariorum 1¾ Jahr p. op., 1 an Lungentuberkulose 1½ Jahr p. op., 1 an perniciöser Anämie; bei der vierten konnte keine Sektion gemacht werden (Diarrhoea chronica).

Zur Beurtheilung der Dauerwirkung der Operation auf die eigentlichen Geschwürssymptome, Schmerzen und Blutbrechen, trennt Verf. die Kranken in 2 Reihen: 1) die, welche unmittelbar oder kurze Zeit vor dem chirurgischen Eingriffe Magenblutungen gehabt hatten oder bei denen man während der Operation ein offenes Geschwür tasten konnte (8 Fälle), und 2) Kranke mit vernarbten Geschwüren.

Von den ersten bekamen 4 kurzdauernde Recidive von Schmerzen oder Blutungen im 1. oder 2. Jahre nach der Operation, sind aber mit Ausnahme einer Pat. zur Zeit gesund. Von den Pat. der 2. Reihe hatte eine noch 4 Jahre nach der Operation Residualinhalt bei nüchternem Magen; die übrigen dürften als dauernd geheilt betrachtet werden. **A. Malthe** (Christiania).

21) **E. Pagenstecher.** Die chirurgische Behandlung des Duodenalgeschwürs.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 541.)

P. hat selbst einen Fall von chronischem Duodenalgeschwür, welches durch Schmerzen, Dyspepsie, Blutungen zu Morphinismus und hochgradiger Kachexie geführt hatte, durch Gastroenterostomie zur Genesung gebracht. Bei Operation der 42jährigen Pat. fand sich 5 cm nach rechts vom Pylorus eine beträchtliche Verdickung der vorderen Duodenalwand in einer Tiefe, die sich gut erreichen, aber nicht vor die Bauchdecken bringen lässt. Gastroenterostomie nach Kocher. Da der Verlauf durch blutige Stühle und Gallebrechen gestört, Relaparotomie am 5. Tage. Von den Schenkeln der an den Magen gefügten Darmschlinge ist der eine kollabirt, der andere strotzend voll, wesshalb auch zwischen ihnen eine Anastomose gemacht wird (Murphyknopf). Danach guter Verlauf und nach ½ Jahre sehr gutes Befinden, obwohl zeitweise vorübergehend noch Leibschmerzen in der Nabelgegend, auch Durchfälle und Schleim- und Blutabgänge vorgekommen waren

Der eigene Fall ist für P. die Anregung gewesen, Klinik und Therapie, zuma die chirurgische Therapie des Duodenalgeschwürs im Allgemeinen gründlich zu studiren und die Früchte dieses Studiums in vorliegender, die Bezeichnung einer kleinen, zur Zeit erschöpfenden Monographie verdienenden Arbeit niederzulegen. Wir empfehlen sie zur Kenntnisnahme, können hier aber nicht eingehend ihren Gesammtinhalt besprechen. Nur über die von P. gesammelten, theils tabellarisch zusammengestellten, theils unter kurzer Krankengeschichtswiedergabe mitgetheilten bislang operativ behandelten Fälle sei Folgendes angeführt. P. fand:

I. 28 Laparotomien bei Perforationsperitonitis in Folge Duodenalgeschwürs. Alle Fälle, in welchen nur das Exsudat abgelassen wurde, sind gestorben. 12mal wurde die Perforationsstelle gefunden, 10mal auch genäht. Geheilt sind nur 4 Fälle (14,3%) von Dean, Dunn, Wanach, Herczel. Die Heilung war stets entweder langwierig oder durch Komplikationen gestört.

II. Gastroenterostomien.

a. 5 Fälle im floriden Stadium chronischer Geschwüre. Davon 1 † nach ¼ Jahre, das Geschwür war geheilt. Die übrigen 4 waren ¼—5 Jahre lang nach

der Operation völlig beschwerdefrei. (3 Fälle von Codivilla, je 1 von P. und Berg.)

b. 4 Fälle von Narbenstenose (2 von Codivilla, je 1 von Carle und Rewidzow). 1 Fall †, bei 3 Heilung konstatirt 3—5 Jahre nach der Operation.

c. 1 Fall von Narbe mit chronischem Ikterus — wesentlich gebessert.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

22) A. Malthe. Operationen bei Tuberculosis ileo-coecalis.

(Einleitungsvortrag auf dem IV. Kongresse des nordischen Vereins für Chirurgie 1899. August.)

Nach Einführung der chirurgischen Behandlung für Epityphlitis entdeckten die Chirurgen die Tuberculosis ileo-coecalis, fanden, dass es sich dabei am häufigsten um eine in der Ileocoecalregion vollkommen lokalisirte Zwischenform zwischen Tumor und Ulceration handelt und dass das Leiden durch Operation geheilt werden kann.

Die Krankheit ist wohl meistens sekundären Ursprungs, durch Verschlucken tuberkulöser Sputa hervorgerufen; aber sie kann sich auch primär im Darme entwickeln.

In M.'s 8 Fällen fand sich Tuberkulose an anderer Stelle nur 1mal, nicht nachweisbar anderswo war sie in 7 Fällen. Es bestand Tuberkulose in der Familie in 3 Fällen; unbekannt waren die Familienverhältnisse in 2 Fällen.

Die Diagnose war oft schwer, Verwechslung geschah am häufigsten mit chronischer Epityphlitis, chronischer Invagination und Aktinomykosis. Es war schwer, die Tuberkelbacillen in den Exkrementen zu entdecken; nach Rosenblatt gelingt dies leicht, wenn man nach Opiumeingabe Schleim oder Eiter auf den geformten Exkrementen untersucht.

Ohne Operation starben in der Regel die Pat. nach langwierigem Leiden in Folge von

1) lokalem Übergreifen auf Colon und Ileum,
2) Durchbruch und Eiterung mit ihren Folgezuständen: Peritonitis oder tuberkulöse Senkungsabscesse,
3) sekundärer Verschlimmerung präexistirender Tuberkulosen,
4) Generalisirung der Tuberkulose.

Unzweifelhaft kommt spontane Heilung vor, selbst in sehr weit vorgeschrittenen Fällen; aber solcher Heilung folgen Narbenbildungen und Stenosen, die immer schwere Koliken, Koprostasen und ileusähnliche Anfälle bedingen.

Folgende Operationen sind bei Tuberculosis ileo-coecalis ausgeführt worden:

1) Laparotomie,
2) Anlegung von künstlichem After,
3) Ileokolostomie,
4) Darmausschaltung,
5) theilweise Excision,
6) Resektion von Ileo-Coecum mit Entfernung der ganzen kranken Darmpartie (ideale Operation).

Diese verschiedenen Operationsmethoden mit ihren Indikationen und Werthen wurden besprochen.

Von M.'s 8 Fällen waren 2 Beispiele von Spontanheilung sehr weit vorgeschrittener Ileocoecaltuberkulosen. Beide Fälle wurden operirt wegen der unerträglichen Folgezustände.

Im 3. Falle wurde der Bauchschnitt vorgenommen ohne einen weiteren Eingriff als Exstirpation einer Gekrösdrüse Zwecks Diagnose. Die Geschwulst schwand, so dass sie kaum noch zu tasten war, eben so die begleitenden Stenosesymptome, Koliken und Erbrechen, die mehrere Jahre gedauert hatten. Die Pat. verweigerte desshalb jede weitere Operation. 3/4 Jahr später entwickelte sich eine schnell verlaufende Lungentuberkulose, die 5/4 Jahr nach der Operation den Tod veranlasste.

In 3 Fällen wurde theilweise Excision ausgeführt, bestehend in Entfernen des Wurmfortsatzes, Lösung von Verwachsungen, Entfernen von Abscesswand und theilweiser Resektion der Dickdarmwand. Die Tuberkulose war in diesen Fällen nicht weit vorgeschritten und Valvula Bauhini nicht wesentlich stenosirt. In allen 3 Fällen wurden Geschwulstmassen zurückgelassen. In einem Falle kam es zu einer Kothfistel, die abwechselnd geschlossen und offen war; die Geschwulst schwand vollständig, eben so wie die Stenosensymptome. Pat. erholte sich bedeutend. 2 Jahre später bekam sie Influenza, und es entwickelte sich nachher eine akute Lungentuberkulose, an der Pat. $2^1/_2$ Jahre nach der Operation starb.

In den 2 anderen Fällen, operirt vor 3 Jahren, kam es nicht zur Fistelbildung. die Geschwulst schwand vollständig, eben so Anämie und alle anderen Symptome. Beide Pat. sind fortwährend gesund und völlig arbeitsfähige Menschen.

In 2 Fällen wurde Resektion von Ileocoecum vorgenommen mit Entfernung alles kranken Gewebes.

Die eine Pat. wurde vor einem Jahre operirt; sie war schwanger im 3. Monate und erholte sich großartig nach der Operation, obwohl sie vor der Operation an Phthisis incipiens und chronischer Pleuritis litt. Sie kam zur rechten Zeit mit Zwillingen nieder. Noch besteht fortwährend geschwächte Athmung und Dämpfung nach der Brustfellentzündung, aber kein Lungenspitzenkatarrh.

Die 2. Pat. wurde vor 2 Monaten resecirt. Sie hat schon sehr bedeutend an Gewicht zugenommen, und alle dyspeptischen Symptome sind verschwunden.

Die anatomischen Präparate wurden vorgezeigt.

Die wichtigste Litteratur wird erwähnt. **A. Malthe** (Christiania).

23) **Krogius.** Ein Fall von multiplen stenosirenden Darmtumoren tuberkulöser Natur; dreifache Darmresektion mit glücklichem Ausgange.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 613.)

Die sehr beachtenswerthe Operation wurde an einer 33jährigen Pat. ausgeführt, welche, tuberkulös hereditär belastet, seit $^1/_2$ Jahre suspekten Husten mit zeitweiligem Blutauswurfe und seit 3 Monaten Darmbeschwerden, Kolikanfälle mit Gurren und Kollern bei unregelmäßigem Stuhlgange hatte und sehr abgemagert war. Befund war: 2 taubeneigroße, derbe, äußerst bewegliche Bauchgeschwülste und eine 3. festsitzende in der Coecalgegend, die sämmtlich als tuberkulöse Strikturen diagnosticirt werden. K. machte die Resektion aller dieser 3 Strikturen in einer einzigen nur ca. $1^1/_2$ Stunde dauernden Operation. Die beiden beweglichen Geschwülste saßen im Dünndarme; ihrer Resektion folgte typische Darmringnaht in 3 Etagen (K. rechnet auf eine solche einfache Dünndarmresektion $^1/_4$ Stunde). Die Coecalgeschwulst benöthigte eine Entfernung der Bauhin'schen Klappe mit dem angrenzenden Theile von Ileum und Dünn- und Blinddarm, wonach die Darmenden, um Zeit zu sparen, mittels Murphyknopfs anastomosirt wurden. Befriedigender Verlauf, Gewichtszunahme. Später aber musste noch wegen eines calculösen Gallenblasenempyems eine Cholecystostomie vorgenommen werden, welche zwar auch nach Wunsch ablief, indess eine Fistel hinterließ, welche bei Entlassung der sich sehr wohl befindenden Pat. noch bestand. Zu Hause ist dieselbe leider an einer wahrscheinlich von den noch nicht völlig gesundeten Gallenwegen ausgegangenen Peritonitis gestorben.

Die 3 resecirten Darmstrikturen sind abgebildet und näher, auch mikroskopisch und bakteriologisch, beschrieben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) **A. Cedercreutz.** Ett fall af scirrhus valvulae Bauhini.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLI. p. 732.)

Eine 43jährige Frau, deren Mutter an Magenkrebs gestorben war, fühlte vor 18 Jahren nach einer körperlichen Anstrengung in der rechten Seite des Bauches diffuse Schmerzen, welche einige Zeit lang dauerten. 4 Jahre später bekam sie

Anfälle von heftigen Schmerzen im Bauche; Erbrechen und Diarrhöen wechselten mit Verstopfung ab. Dieser Zustand dauerte mit zeitweisem Nachlass 13 Jahre hindurch. Einige Male nahm Pat. kleine Mengen von Blut und Schleim im Kothe wahr. 5 Monate vor der Aufnahme konstatirte ein Arzt eine Geschwulst in der rechten Fossa iliaca, wo bisher nichts Abnormes wahrgenommen war.

Die ovale, bewegliche Geschwulst wurde durch Resektion der untersten Partie des Dünndarms und des Blinddarms exstirpirt. Heilung in einem Monate. Es zeigte sich in der Valvula ileo-coecali eine cirkuläre Striktur, welche kaum für die kolbenförmige Verdickung der Péan'schen Arterienpincette durchgängig war. Die Schleimhaut war unversehrt. — Die mikroskopische Diagnose (Prof. Homén) lautete Scirrhus valvulae Bauhini. 19 Monate später hatte Pat. 8 kg an Körpergewicht gewonnen. Keine Spuren eines Rückfalls.

Verf. glaubt, dass die Scirrhen des Darmes aus der fibrösen Evolution der Carcinome mit weicher Konsistenz hervorgehen.

Übrigens sei die Diagnose der Stenosen der Ileocoecalklappe ohne mikroskopische Untersuchung des resecirten Darmstücks nicht mit Bestimmtheit zu stellen.

A. Hansson (Cimbrishamn).

25) **P. Berger.** Imperforation du rectum et du vagin. Abouchement anormal du rectum à la fourchette. Restauration de l'orifice anal. Plus tard rétention menstruelle et hémocolpos. Rétablissement du conduit vaginal.

(Revue de chir. 1899. No. 8.)

Bei dem 12jährigen Mädchen, welches vor Allem an unfreiwilligem Abgange des Kothes litt, entleerte sich der letztere durch eine ziemlich weite und dehnbare Öffnung im Niveau der hinteren Kommissur der großen Schamlippen, während der normal gelegene After und die Scheide, deren unterer Theil fehlte, nach oben blindsackartig verschlossen waren; die Harnröhre mündete ziemlich an normaler Stelle. Durch die 1. Operation gelang es B., einen normalen After herzustellen und die abnorme Mündung des Mastdarms zum Verschluss zu bringen, wodurch gute Kontinenz für den Koth und für Gase erzielt wurde. Durch einen 2. Eingriff, der wegen der mit heftigen Schmerzanfällen einhergehenden Retention des Menstrualblutes im oberen Theile der Scheide nothwendig wurde, vermochte B. mit vollem Erfolge die Atresie der Scheide zu beseitigen; das Mädchen ist seitdem frei von Beschwerden.

In der Litteratur finden sich nur wenige ähnliche Fälle von gleichzeitiger Atresia recti et vaginae verzeichnet; sie werden vom Verf. wiedergegeben.

Kramer (Glogau).

26) **H. Stroem.** Die Resultate von 50 Operationen an der Gallenblase und den Gallengängen.

(Vortrag auf dem IV. Kongresse des nordischen Vereins für Chirurgie 1899. Aug.)

Auf dem diesjährigen Kongresse der nordischen Chirurgen in Stockholm hat S. seine Resultate von 50 Operationen an dem Gallenapparate mitgetheilt. Von sämmtlichen Fällen sind 44 geheilt und 6 gestorben — eine Mortalität von 12%. Wenn man von den Fällen absieht, in welchen ein komplicirender Krebs in den Gallengängen oder im Pankreas vorlag, und wo die Möglichkeit der Heilung durch die vorliegenden pathologischen Verhältnisse überhaupt ausgeschlossen war, sinkt die Zahl der Gestorbenen auf 2 Fälle und die Mortalität auf ca. 4%. Diese 2 Todesfälle waren übrigens zufälligen Umständen zu verdanken; in einem Falle einem akuten Morb. Brigthii nach einer Hämorrhoidaloperation, im zweiten einer akuten Bronchopneumonie.

S. betonte die Abhängigkeit der Prognose von der Lokalisation der Konkremente und von dem Grade des komplicirenden Infektionszustandes des Gallenapparats und theilte seine Fälle in folgende 4 Gruppen ein:

1) Steine in der Gallenblase allein wurden bei 24 Pat. gefunden. Alle wurden mit Cholecystostomie behandelt und genasen. In 2 Fällen musste die Fistel auf operativem Wege geschlossen werden; 2 andere Fälle machten nach 1 Jahre bezw. 2 Jahren eine neue Laparotomie nöthig wegen Schmerzen, welche durch ausgebreitete Verwachsungen begründet waren.

2) Steine in der Gallenblase und im Ductus cysticus wurden bei 7 Pat. gefunden. Bei 4 von diesen lag eine bedeutende Geschwulst der Gallenblase vor. In 2 Fällen wurde nur eine Cholecystostomie ausgeführt, da die Steine durch die Blase entfernt werden konnten. In 5 Fällen wurde zugleich eine Cystikotomie gemacht. Sämmtliche Fälle wurden geheilt.

3) Steine im Ductus choledochus wurden bei 10 Pat. gefunden. Hierzu kam noch ein Fall von chronischer interstitieller Pankreatitis mit vollständiger Gallenstase; im Ganzen also 11 Fälle. Diese müssen getheilt werden:

a. In Fälle mit chronischem Ikterus, aber ohne vollständige Gallenstase,

b. in Fälle mit chronischem Ikterus und bleibender vollständiger Gallenstase.

Zu Gruppe a gehörten 7 Pat., von welchen 6 geheilt wurden, 5 durch Choledochotomie, 1 durch Cholecystenterostomie. 1 Pat. starb urämisch nach der Operation eines komplicirenden Hämorrhoidalleidens, ehe die Fistel geschlossen war. Bei der Sektion wurde ein kleines Konkrement in der Papilla Vateri eingekeilt gefunden, der einzige Fall, wo Steine in den Gallengängen der Aufmerksamkeit entgangen waren.

4 zu Gruppe b gehörende Fälle starben sämmtlich, 2 an cholämischen Blutungen bezw. 6 und 7 Tage nach der Operation, die 2 anderen bezw. 12 und 48 Stunden nach der Operation an Herzcollaps. In 3 von diesen Fällen lagen außer Choledochussteinen Krebs der Gallengänge oder des Pankreas vor, im 4. Falle eine chronischinterstitielle Pankreatitis.

4) Fälle von akuter, subakuter oder chronischer Cholecystitis und Cholangitis ohne Steinbildung. Von 8 solchen Fällen, die mit Cholecystostomie behandelt wurden, genasen 7; 1 an chronischer Bronchitis leidender Pat. starb an akuter Bronchopneumonie.

Sämmtliche als geheilt bezeichnete Fälle wurden mit geschlossener Fistel entlassen. Obschon 10 Jahre seit dem 1. operirten Falle verflossen sind, hatte S. noch keinen Fall von Recidiv gesehen. Bisweilen machen Verwachsungen nach der Operation eine spätere Laparotomie nöthig, aber diese Fälle sind nicht als Recidive zu bezeichnen, obgleich die bei den Adhäsionen verursachten Schmerzen täuschend Gallensteinanfällen gleichen können. Bauchbruch nach der Operation wurde in einem Falle beobachtet.

Bei Cystikotomie schließt S. den Schnitt durch Naht und drainirt die Blase. Bei Choledochotomie wird sowohl Choledochus als die Blase drainirt.

S. fasste seine Erfahrungen in folgende Sätze zusammen:

Öffnung der Gallenblase und des Ductus cysticus zur Entfernung von Steinen oder zur Drainage des Gallenapparats bei cholecystitischen Zuständen kann als ungefährlicher Eingriff angesehen werden. Sind Steine in den Ductus choledochus eingetreten, so besteht auch überwiegende Wahrscheinlichkeit für ein günstiges Resultat, falls eine bleibende vollständige Gallenstase nicht vorliegt; die Gefahr des Eingriffs tritt auch unter diesen Umständen gegen den gefahrvollen Zustand der Krankheit zurück. In den allermeisten Fällen von bleibender vollständiger Gallenstase liegt ein komplicirender unheilbarer Zustand vor, unter welchem eine Operation nicht indicirt wäre. **A. Malthe** (Christiania).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. Sonnabend, den 30. December. 1899.

Zur Behandlung des chronischen Hydrops genu.

Von

Dr. **Georg Müller** in Berlin.

Eine in der Unfallpraxis unendlich häufig zu beobachtende Form der Knieverletzung bildet der Hydrops genu. Meistens handelt es sich um unbedeutende Verletzungen; entweder ist der Pat. beim Tragen einer Last mit dem Beine umgeknickt, hat dabei einen Stich im Knie verspürt und ist erst später auf die Anschwellung im Kniegelenk aufmerksam geworden, oder es ist ihm eine Last, eine Eisenschiene, ein Holzklotz etc. auf das Knie gefallen. Er hat weiter gearbeitet, und erst später oder am anderen Tage ist das Knie angeschwollen. Die Pat. werden nun entweder in Krankenhäusern oder auch zu Hause mit Eisblasen, Jodpinselungen und Kompressions-

verbänden behandelt und oft schon nach einigen Tagen als geheilt aus der Behandlung entlassen. Sie fangen dann zu arbeiten an, müssen die Arbeit wieder aussetzen, werden wieder einige Tage in gleicher Weise behandelt, arbeiten wieder kurze Zeit, und so geht es fort, bis sie merken, dass das Knie immer dicker und der Oberschenkel immer dünner, das Bein immer schwächer wird, und sie auch keinen rechten Halt mehr im Kniegelenk haben.

Dies ist der Zustand, wie er sich dem Unfallarzte entweder gleich nach Beendigung der 13wöchigen Karenzzeit oder mitunter erst 1 bis 2 Jahre nach dem Unfalle präsentirt. Die Untersuchung ergiebt dann gewöhnlich das ausgesprochene Bild der Synovitis exsudativa chronica. Die Kontouren des Gelenks sind verändert, die Schleimbeutel stülpen sich mehr oder weniger aus und weisen einen sehr wechselnden Grad von Flüssigkeitsansammlung auf. Die Bursa suprapatellaris sive cruralis ist gewöhnlich am meisten befallen und bei sehr alten Fällen auch nach oben stark über die Norm ausgedehnt. Die Kniescheibe ist abnorm beweglich, die Seitenbänder sind erschlafft, so dass seitliche Beweglichkeit, zuweilen sogar seitliche Verschiebbarkeit im Kniegelenke besteht. Mitunter vernimmt man auch bei den Bewegungen im Kniegelenke ein deutliches Reiben. Die Oberschenkelmuskulatur und speciell der Musculus quadriceps femoris ist zuweilen bis zum vollkommenen Schwund atrophirt. Einige Male habe ich auch ein ausgesprochenes Genu recurvatum beobachtet.

Diese chronischen Gelenkergüsse sind oft unendlich schwer dauernd zu beseitigen, und zwar desswegen, weil sie, eben beseitigt, oft schon bei geringer Anstrengung des Beines wieder erscheinen. In einigen Fällen habe ich Punktion mit nachfolgender Jodinjektion angewandt, ohne indess mit dem Erfolge so recht zufrieden gewesen zu sein. Zumeist entleerte sich bei dem Einstiche in den schlaffen und verdickten Sack der Bursa suprapatellaris eine ganz unbedeutende Menge, zuweilen nur ein Tropfen einer gallertigen Flüssigkeit, mitunter auch nur einige Tropfen Blut. In anderen Fällen, wo der Synovialsack gefüllter war, und das Resultat der Punktion wahrscheinlich ein besseres gewesen wäre, wurde mir der geringfügige Eingriff vom Pat. verweigert, da bekanntlich Unfallverletzte von dem ihnen gesetzlich gewährleisteten Rechte »Operationen« zu refüsiren, ausgiebigen Gebrauch machen; und einem Unfallverletzten gilt eine Punktion schon als eine gewaltige Operation.

Ich pflege nunmehr bei chronischem Hydrops des Kniegelenks im Allgemeinen folgendermaßen zu verfahren: Pat. muss zuerst einige Wochen zu Bette liegen. In dieser Zeit wende ich den von König empfohlenen Kompressionsverband an, nur mit dem Unterschiede, dass ich statt der Flanellbinden gestärkte Gazebinden benutze, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil ich bei den letzteren eine sicherere Kontrolle habe, ob der Pat. sich nicht eigenmächtig den Verband gelockert hat. Der Verband muss natürlich, bei der Fußspitze beginnend, bis über das Knie reichen. Das Bein wird hoch

gelagert. Am nächsten und den folgenden Tagen wird durch übergewickelte und fest angezogene Binden der inzwischen zu weit gewordene Verband wieder gefestigt. Später schneide ich auch längs über das Kniegelenk verlaufende Keile heraus und ziehe durch eine Binde den Verband wieder fester an. In dieser Zeit lasse ich nur den Oberschenkel, speciell den Quadriceps massiren und faradisiren. Nach etwa 8 Tagen wird der Verband abgenommen, und dann ist auch zumeist das Kniegelenk völlig abgeschwollen. Nun wird das ganze Bein massirt und das Kniegelenk mit der Wechseldusche, d. h. mit abwechselnd heißem und kaltem Strahl täglich 5 Minuten lang geduscht. Die Pat. loben gewöhnlich diese Procedur als sehr wohlthuend. Später kommen passive, dann aktive und zum Schluss Widerstandsbewegungen an die Reihe. Zuerst lasse ich den Pat. in der behandlungsfreien Zeit zu Bette liegen, erst nach einigen Wochen umhergehen. Ist der Erguss dann einige Wochen weggeblieben, so wird Pat. mit elastischer Kniekappe und der Weisung, nur leichte Arbeiten auszuführen und jedenfalls solche Arbeiten zu vermeiden, bei denen er Lasten tragen oder heben muss, aus der Behandlung entlassen.

Mitunter ist der Erfolg ein dauernder, nicht selten aber nur ein vorübergehender, und schon nach kurzer Zeit kehrt der Pat. mit einem neuen Recidiv in die Klinik zurück. Ja in einigen Fällen kamen die Pat., nachdem durch wochenlange, mühevolle Behandlung der Erguss geschwunden zu sein schien, schon von ihrem ersten Spaziergange mit einer wahren Pauke zurück.

Solche Fälle sind — von operativen Eingriffen sehe ich hier aus den schon erwähnten Gründen ab — nicht anders zu heilen, als dadurch, dass man das Kniegelenk beim Gehen vollkommen von jeder Belastung ausschaltet; denn zweifellos entstehen die Recidive nur dadurch, dass entweder die die Gelenkknorpel überziehende Serosa durch Druck, oder die Ligg. lateralia und cruciata durch Zug gereizt werden. Um Zug und Druck beim Gehen im Kniegelenke unmöglich zu machen, besitzen wir in den von Hessing angegebenen Schienenhülsenapparaten ein vortreffliches Mittel, jedoch nur unter der Bedingung, dass dieselben technisch fehlerfrei angefertigt sind. Ich habe diese Apparate in meiner Praxis etwas vereinfacht und bin mit dieser Vereinfachung mehr zufrieden als mit dem von Hessing angegebenen Originalapparat. Bekanntlich wird die Entlastung des Kniegelenks dadurch herbeigeführt, dass an die den Oberschenkel und Unterschenkel genau umschließenden Lederhülsen die Schienen so angeschraubt werden, dass die Stahlsohle von dem das Tuber ischii umgreifenden Sitzringe etwas weiter entfernt ist, als die Fußsohle vom Tuber ischii selbst. Wird nun mittels der Distraktionsgamasche der Fuß fest gegen die Stahlsohle angezogen, während der Sitzring gegen das Tuber ischii nach oben gedrängt wird, so werden die Kniegelenkflächen thatsächlich in der Ruhe um ein Minimum von einander abgehoben, während beim Gehen nur

ein sanftes Gleiten der Gelenkflächen an einander vor sich geht, ohne dass ein der Körperlast entsprechender Druck auf die Gelenkenden und damit auf die Serosa ausgeübt wird. Hierzu kommt, dass durch die Seitenschienen eine Zerrung der Bänder und durch eine an den Scharnieren angebrachte Hemmung nach rückwärts eine Anspannung oder gar Zerrung der hinteren Kapselwand sicher vermieden wird.

Ich sagte, dass ich diese Apparate gegenüber dem Hessingschen Original etwas einfacher herstelle, und dies in so fern, als ich den Sitzring in die Oberschenkelhülse verlege, welche, nach Modell gewalkt, ganz genau den Sitzhöcker und einen Theil der betreffenden Gesäßhälfte umfasst. Ich vermeide dadurch den ganzen Beckengurt und, was das Wichtigste ist, den für den Arbeiter geradezu unerträglichen Sitzbügel. Ist der Quadriceps sehr stark geschwunden, so ersetze ich ihn durch 2 über einem Kniebügel sich kreuzende, elastische Züge.

Mit diesem Apparate habe ich auch in schweren Fällen gute Resultate gesehen. Dabei ist der Pat. mit diesem Apparate, an den er sich übrigens schnell gewöhnt, im Stande, mittelschwere und auch schwere Arbeiten auszuführen. Nach 1—2 Jahren ist das Kniegelenk gewöhnlich ausgeheilt, und der Apparat kann zuerst zeitweise, dann ganz fortgelassen werden. Ich möchte hier nur ganz kurz eine einschlägige Krankengeschichte wiedergeben:

Der Arbeiter E. N. aus Berlin, 34 Jahre alt, verunglückte am 15. November 1897 dadurch, dass er beim Herausfahren von Koks mit dem rechten Beine umknickte. Es bildete sich bald danach eine Anschwellung des rechten Knies, in Folge deren er die Arbeit einstellen musste. Er wurde vom Kassenarzte mit Kühlungen und Jodpinselungen behandelt, ohne dass jedoch die Schwellung dauernd zurückging. Am 2. März 1898 wurde er in meine Klinik aufgenommen.

Pat. ist ein großer, kräftiger und sonst gesund aussehender Mann mit gut entwickelter Muskulatur. Der Gang ist langsam und schwerfällig, es wird jedoch kein Hinken wahrgenommen. Die Kontouren des rechten Kniegelenks sind verstrichen. An Stelle der physiologischen Gruben unterhalb der Kniescheibe finden sich deutliche Vorwölbungen, und der suprapatellare Schleimbeutel markirt sich durch eine mäßige Vorwölbung. Die Abtastung dieses Schleimbeutels lässt eine geringe Flüssigkeitsmenge in demselben erkennen. Die Schleimbeutel selbst fühlen sich verdickt an. Bei den Bewegungen verspürt man ein deutliches Reiben und Knirschen im Kniegelenke. Die Oberschenkelmuskulatur ist mäßig atrophirt.

Die Behandlung erfolgte in der oben angegebenen Weise, und am 22. April 1898 konnte der Verletzte als geheilt entlassen werden. Der Erguss war vollkommen zurückgegangen, die Oberschenkelmuskulatur hatte sich gekräftigt, und der Verletzte wurde mit einer Schonungsrente von 25% entlassen mit der Warnung, allzu schwere Arbeit zu vermeiden.

Am 22. August 1898 meldete sich Pat. wieder zur Aufnahme. Die Untersuchung ergiebt einen hochgradigen Erguss im rechten Kniegelenke. Das Gelenk selbst ist paukenartig aufgetrieben. Die Gelenkausstülpungen und Schleimbeute, sind sehr prall mit flüssigem Inhalte gefüllt und wölben sich sehr stark vor. Die Kontouren sind vollkommen verstrichen, an Stelle der physiologischen Gruben finden sich starke Vorwölbungen. Auch die Kniekehle ist von dem Ergusse ausgefüllt und vorgewölbt. Das Knie kann nicht durchgedrückt und nur bis zum rechten Winkel gebeugt werden.

Die Umfänge betragen:

oberhalb der Kniescheibe	rechts 40 cm,	links	32,5 cm,
über die »	» 40 »	»	35,5 »
unterhalb der »	» 38 »	»	33 »

Am 26. Oktober 1898 wird Pat. wiederum entlassen. Ein Erguss findet sich im Kniegelenke nicht mehr, doch spürt man zu beiden Seiten der Kniescheibe ein Reibegeräusch bei den Bewegungen. Beugung und Streckung gelingen innerhalb der normalen Grenzen. Das Bein wird beim Gehen gut durchgedrückt. Eine abnorme seitliche Beweglichkeit besteht nicht. Pat. wird mit einer elastischen Kniekappe entlassen und wiederum vor anstrengenden Arbeiten gewarnt. Es wird ihm nunmehr eine Rente für halbe Erwerbsunfähigkeit zugebilligt.

Doch schon am 14. November 1898, und zwar dieses Mal mittels Krankenwagens, wird Pat. in meine Klinik zurückgebracht. Er giebt an, bei der Arbeit mit dem Beine umgeknickt und außer Stande zu sein, sich selbständig fortzubewegen. Die Untersuchung ergiebt wiederum einen hochgradigen Erguss im Kniegelenke. Am 15. November 1898 wurde die Punktion gemacht, und dabei eine geringe Menge Blut entleert. Nunmehr wurde dem Verletzten, während er mit Eisblase und Kompressionsverband behandelt wurde, ein Hessing'scher Schienenhülsenapparat mit Distraktion angefertigt. Am 24. December wurde Pat. damit aus der Klinik entlassen, nachdem der Erguss im Kniegelenke vollkommen zurückgegangen war, und Pat. sich an das Tragen des Apparats gewöhnt hatte. Es würde ihm nunmehr eine Rente für 60% Erwerbsunfähigkeit zugebilligt. Mit diesem Apparate hat dann Pat. gearbeitet. Er wurde noch eine Zeit lang, um einer Atrophie des Oberschenkels vorzubeugen, wöchentlich 1mal massirt und elektrisirt. Die Rente konnte später auf 33$^1/_3$% herabgesetzt werden.

Pat. arbeitet, und obgleich seit dem letzten Recidiv 1 Jahr verstrichen ist, hat sich bis jetzt das Knie in gutem Zustande erhalten, und es ist kaum anzunehmen, dass Recidive noch eintreten werden.

Nun noch einige Worte über die Hessingapparate selbst. Bisher galt es als etwas Undenkbares, Hessingapparate in der Kassen- und Unfallpraxis zu verwenden, weil die geradezu exorbitanten Preise bei Hessing sprichwörtlich geworden waren und nur von den obersten der oberen Zehntausend zu erschwingen waren. Und gebührt Hessing auch zweifellos das große Verdienst, diese Schienenhülsenapparate als der Erste in dieser vollendeten Form hergestellt zu haben, so ist er doch bei Weitem nicht mehr der Einzige, und allerorten regen sich die mit Orthopädie speciell sich beschäftigenden Ärzte, die sich nicht scheuen, selbst an den Ambos und Schraubstock zu treten und, unterstützt von tüchtigen Technikern, Apparate anzufertigen, die mit den Hessing'schen sich wohl messen dürfen und dabei den für Wissenschaft und Kranke gleich großen Vorzug haben, dass sie überall da angewandt werden können, wo es nöthig erscheint, und nicht nur da, wo sie mit Gold aufgewogen werden können.

---

1) **Seitz.** Traumatischer Gelenkrheumatismus.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 11.)

Verf. bringt in gedrängter Form die Krankengeschichten von 38 Fällen, in welchen nach Trauma allgemeiner oder monartikulärer Gelenkrheumatismus auftrat. Er schließt hieran in zusammenfassender

Weise einige, die genannten Fälle betreffende Bemerkungen hinsichtlich der Ätiologie und der Lokalisation der jeweiligen Gelenkerkrankungen und erwähnt in Kürze die bis jetzt über traumatischen Gelenkrheumatismus nur spärlich vorhandene Litteratur.

Motz (Hannover).

2) **F. R. C. S. J. Poland.** Traumatic separation of the epiphyses.

London, **Smith, Elder & Co.,** 1899.

P.'s Werk ist ein grundlegender Beitrag zur Kenntnis der Gelenktraumen-Litteratur. Pathologische und normale mikroskopische und makroskopische Anatomie der in Frage kommenden Gebilde, Ätiologie, Statistik, Experimentelles, Symptome, Differentialdiagnostisches, Prognose und die Grundzüge der Behandlung werden im Allgemeinen im 1. Theile abgehandelt. Im 2., 3. und 4. Theile, die zusammen den speciellen Theil des Buches bilden, werden die einzelnen Epiphysentrennungen im Besonderen beschrieben und jede hierauf bezügliche Frage genau berücksichtigt. Es ist nicht angängig, einzelne Kapitel oder einzelne Seiten des umfangreichen Werkes hervorzuheben — es ist das einzige bis jetzt bestehende Kompendium der traumatischen Epiphysenlösung, und wer sich mit diesen Gebieten der Chirurgie beschäftigt, sollte das vorzügliche Werk auf das Eingehendste studiren. Selbstverständlich ist der Röntgenphotographie die gebührende Beachtung geschenkt, und die reproducirten Diagramme sind zahlreich und gut, eben so wie die große Anzahl der anderen Abbildungen.

Scheffer (London).

3) **M. Steinlin.** Über den Einfluss des Schilddrüsenverlustes auf die Heilung von Knochenbrüchen. (Mit 2 Tafeln.)

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 2.)

Nachdem durch die Thierversuche von Kocher, Reverdin, Hofmeister u. A. die Wirkung des Schilddrüsenverlustes auf die normale extra-uterine Knochenentwicklung genügend geklärt ist, unternahm es Verf., den Einfluss der Schilddrüsenexstirpation auf den gebrochenen Knochen zu studiren. Er benutzte dazu Kaninchen von demselben Wurfe und gleichen Verhältnissen an Größe etc. Jedes Mal wurden die Metatarsen der Hinterpfoten oder die letzten Rippen gebrochen, und ein Kontrollthier neben dem eigentlichen Versuchsobjekte benutzt. Es trat natürlich bei den thyreopriven Thieren allgemein die bekannte Kachexie ein, und dieser allgemeinen Veränderung des Organismus entsprachen auch die lokalen Verhältnisse der schilddrüsenberaubten Kaninchen an den frakturirten Extremitäten. Die Callusbildung war eine gestörte, in so fern die Entwicklung sich verzögerte und die Rückbildung ebenfalls langsamer von statten ging. Zu Zeiten wo die normalen Thiere schon einen knöchernen Callus besaßen, fanden sich bei den anderen noch unver-

kalkte Knorpelmassen, so wie Beweglichkeit des Bruches. Auch ist beim normalen Thiere die neue Markhöhle längst wieder gebildet, wenn sie beim thyreopriven noch nicht vorhanden ist. Bis zur 24. Woche war sie bei letzterem noch nicht vollständig neugebildet. Die endgültige Knochenheilung erfolgte jedoch immer, so dass die Unterschiede nur zeitliche sind, und etwa keine Aufhebung derselben beim Schilddrüsenverluste eintritt.

Natürlich drängt sich bei diesen erhaltenen Resultaten sofort die Frage auf, ob es nicht möglich ist, mittels innerlicher Darreichung von Schilddrüsensubstanz die Frakturheilung im Allgemeinen zu beschleunigen oder im Besonderen erschwerte Konsolidation durch diese Therapie zu beinflussen. Es sind derartige Versuche nun auch gemacht worden, zwar in geringer Zahl, aber doch meist mit solchem Erfolge, dass man gegebenen Falles mit Recht dieses Verfahren anwenden darf, um so mehr als man häufig allen Behandlungsmethoden trotzende einschlägige Fälle findet, und unter ärztlicher Kontrolle die Darreichung des Mittels keine Gefahr bietet.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

4) **H. Sachs** und **C. S. Freund.** Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung und Begutachtung.

Berlin, **Fischer's** medic. Buchhandlung (H. Kornfeld) 1899. 581 S.

Nach einer Übersicht über die Formalien der Unfallversicherung folgt eine anatomische und physiologische Einleitung, die Symptomatologie, Untersuchungsmethoden, Pathogenese, Einfluss des Traumas auf das Nervensystem, Abgrenzung des Einflusses gegenüber anderen Schädlichkeiten. Der weitere Theil befasst sich mit den Störungen an einzelnen Körpertheilen so wie des Organismus im Allgemeinen in den verschiedenen nervösen Formen.

Das vorliegende Werk zeugt von einem außerordentlichen Fleiße der Autoren, von viel Liebe und großem Verständnis für dies eigenartige Gebiet, das in seltener Gründlichkeit abgehandelt wird, ohne irgend wo ermüdend zu werden. Im Kampfe der Meinungen dürften die aus einer reichen Erfahrung gewonnenen Ergebnisse für die Praxis wohl für manches Urtheil grundlegend werden. Und gerade dann kommt der Arbeit die ruhige, objektive Kritik zu statten- wie sie sich beispielsweise in der Beurtheilung des Zusammenhangs centraler Erkrankungen und peripherer Verletzungen, wie Tabes etc. geltend macht. Der Hauptwerth der Arbeit dürfte in den Abschnitten liegen, welche sich auf die Beziehungen zwischen Unfällen und Neurosen einerseits, Geisteskrankheiten andererseits bezieht. Hier gerade kommt die vielseitige Erfahrung, die emsige Beobachtung der Verff. so recht zur Geltung. Hier ist eine Fülle belehrenden Materials in zweckmäßiger Sichtung verarbeitet, ein Kapitel, dessen Studium in praktischer Hinsicht sehr gewinnbringend sein dürfte. Die Hoff-

nung der Verff., dass das Buch »den engeren Fachgenossen manches Interessante bringt und dem praktischen Arzte ein zuverlässiger Wegweiser werde«, ist nach jeder Richtung hin erfüllt.

Bähr (Hannover).

5) **F. Bähr** (Hannover). Rentensätze für glatte Schäden in privater und obligatorischer Unfallversicherung.

Karlsruhe, **J. J. Reiff,** 1899. 94 S.

B. giebt in dem Schriftchen zuerst eine Zusammenstellung von Rententabellen, wie sie bei Privatversicherungsgesellschaften und staatlichen Unfallversicherungen (Deutschland, Österreich und Italien) im Gebrauche sind.

Daran anschließend bespricht Verf. die Rentensätze der verschiedenen Versicherungen und theilt dabei seine eigenen Anschauungen mit, wobei überall die reichen Erfahrungen B.'s Verwerthung finden.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Rententabelle, welche die der Ansicht des Verf. entsprechenden Werthe wiedergiebt.

Das Schriftchen kann jedem Arzte, welcher mit Unfallkranken zu thun hat und rasch bestimmte Anhaltspunkte bei der Beurtheilung der Fälle gewinnen will, empfohlen werden. Der Preis ist im Interesse einer weiten Verbreitung sehr niedrig gesetzt (1,50 *M*).

Neck (Halle).

6) **Riedel.** Über blutige und unblutige Reposition der Luxatio anterior humeri. (Einrenkung durch Zug am extrem adducirten Arme.)

(Heilkunde 1899. Oktober.)

Verf. hat 30—40 veraltete Schulterverrenkungen zu behandeln gehabt. Von diesen konnten 20—25 unblutig eingerenkt werden, 15mal wurde ein blutiger Eingriff vorgenommen; und zwar wurden 7 Fälle primär resecirt, bei 9 Fällen wurde reponirt. Doch musste auch hier wegen Wundkomplikationen und Gangrän des Kopfes 4mal nachträglich resecirt werden. Stets war der Eingriff schwierig und nicht ganz ungefährlich (1mal musste die Art. axillaris unterbunden werden, ein 70jähriger Mann erlag einer Nachblutung); auch die funktionellen Resultate waren nicht sehr günstig. Verf. weist daher auf die Wichtigkeit hin, die Verrenkung frisch, d. h. innerhalb der ersten 48 Stunden zu reponiren und beschreibt ein neues einfaches Verfahren, das ihn bis jetzt ausnahmslos (in ca. 150 Fällen) zum Ziele geführt hat.

Pat. wird nach vorheriger Morphineinspritzung tief chloroformirt. So wie Erschlaffung eingetreten ist, wird ein rascher Zug in der Längsrichtung des kranken Armes schräg nach der gesunden Beckenseite hin ausgeübt, worauf der Kopf in die Pfanne einspringt.

Der hierbei stattfindende Mechanismus erklärt sich folgendermaßen: Weitaus die meisten Schulterverrenkungen nach vorn sind

verursacht direkt durch Fall auf die Schulter, wobei der Kopf über den Innenrand der Pfanne herausgetrieben wird. Der Humerus hängt alsdann an einem sehnigen Streifen, der vom Akromion nach der Mitte des Humerus herabzieht. Vorn und hinten von diesem Streifen setzen sich die Muskelfasern des M. deltoides an den Humerus an und halten ihn fest. Schaltet man durch die Narkose die Muskelwirkung aus, so hängt der Humerus nur an diesem Streifen, und wenn man an ihm in der Richtung des Streifens zieht, so hat er das Bestreben, sich demselben parallel zu stellen. Er dreht sich gleichsam um die Stelle, wo der Sehnenstreifen sich an ihn ansetzt, und dadurch wird der Kopf lateralwärts in die Pfanne gedrängt.

Fr. Brunner (Zürich).

---

7) **A. Oschmann.** Über die operative Behandlung des tuberkulösen Ellbogengelenks und ihre Endresultate.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat das Material, das ihm die Klinik Kocher's bezüglich der Tuberkulose des Ellbogengelenks bot, nach Krankengeschichten aus den Jahren 1872—1897 inkl. zusammengestellt. Es ist begreiflich, dass eine Arbeit, welche einen so langen Zeitraum umfassend, die Beobachtungen eines einzigen und so besonders hervorragenden Chirurgen wiedergiebt, ganz vorzüglicher Werthschätzung würdig ist. Die Arbeit ist übrigens eine Ergänzung zweier schon in früherer Zeit publicirter Aufsätze über das gleiche Krankheitsgebiet. Sie enthält eine Fülle von Einzelheiten und orientirt über alle wesentlichen in Frage kommenden Details, darüber, welche Rolle Alter, Heredität und andere gleichzeitig bestehende tuberkulöse Affektionen spielen. Sie unterscheidet die Entstehung nach dem primären Herde in den Knochen des Ellbogengelenks oder in seiner Synovialis. Verf. hält es auch für möglich, wenn auch nicht immer, zu entscheiden, ob die Knochen oder die Kapsel primär afficirt sind, und weist auf die Würdigung vorausgehender Traumen und auf die Bedeutung der Fisteln für die Tuberkulose der Knochen des Cubitalgelenks hin. Die Eiterung kann bei dem Leiden eine rein tuberkulöse sein, doch kommen auch Mischinfektionen vor, namentlich bei bestehenden Fisteln. Eingehender natürlich wird die Therapie behandelt. Von Jodoforminjektionen hat O. wenig Nutzen gesehen, die Bier'sche Stauung hat 2 eklatante Misserfolge gegeben, welche weitere Anwendung derselben scheuen ließen, Chlorzinkinjektionen brachten einmal Linderung der Schmerzen. Die große Mehrzahl der Fälle wurde operirt, und es wurden bei 33 Kranken 51 Operationen vorgenommen. Die überaus größere Masse dieser Eingriffe bestand in partiellen oder totalen Resektionen. Recidive danach traten in 30,3% ein, recidivfrei blieben 69,7%. Die Häufigkeit dieser Rückfälle ist bei der Durchseuchung der einzelnen aus tuberkulösen Familien stammenden Pat. nicht wunderbar. Oft sind diese Recidive als frische selbständige Erkrankungen aufzufassen. Den Schluss

des ersten Theiles bildet eine genaue Beschreibung der durch die Operationen an dem bisher noch nicht publicirten Materiale gebrachten Erfolge: zum Theil ideale Beschaffenheit und Funktion der Arme, in anderen Fällen manch weniger befriedigendes Resultat mit Atrophie und Schwäche oder Schlottergelenken.

Im 2. Theile zeigt Verf., was er als werthvolles Resultat der Nachforschung bei der immerhin stattlichen Summe von 45 alten Fällen herausbekommen hat. Da sind denn eine große Reihe von Pat. gestorben, nämlich 15, allerdings keiner im Anschlusse an die Operation, welche überhaupt fast stets auf das Allgemeinbefinden auch bei Tuberkulose anderer Organe einen günstigen Einfluss ausübt. Bei den übrigen 30 am Leben Gebliebenen sind die Erfolge der Gelenkresektion selbst genau geschildert und die Brauchbarkeit für leichte oder schwere Arbeit ausführlich bestimmt. Im Einzelnen kann man sich genau orientiren, in welchen Fällen absolut normale Heilung eingetreten ist, wie viele Fisteln, Luxationen und Schlottergelenke zeigen, und welche Bedeutung solche Ereignisse für das Endresultat haben. Für das erstrebenswerthe Ziel hält O. nicht die Ankylose, sondern ein frei bewegliches Gelenk. Wird man vor die Frage gestellt, ob man ein nach dem Eingriffe ankylotisch gewordenes Gelenk nochmals operiren, d. h. beweglich machen soll, so ist zu bedenken, ob für den Pat. mehr die Kraft oder die Beweglichkeit des Armes in Betracht kommt. Verf. kontrollirt die erhaltenen Resultate an beigegebenen Radiogrammen und bespricht die Indikationen für die verschiedenen Arten der Therapie bei der tuberkulösen Erkrankung des Ellbogengelenks, die in den meisten Fällen eine chirurgische sein muss. Kocher hat früher nach der Methode Ollier's operirt. Das zur Zeit fast ausschließlich von ihm angewendete eigene Verfahren, das aus seiner Operationslehre genügend bekannt ist, giebt jedoch neben anderen Vortheilen eine wesentlich bessere Extensionskraft. Beiden Theilen der interessanten Arbeit ist die Kasuistik der einzelnen Fälle beigefügt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

8) **S. Hutchinson.** On an improved method of treatment of separation of the lower epiphysis of the femur.

(Med.-chir. transact. Vol. 82.)

Die Lösung der unteren Epiphysenlinie am Femur ist eine schwere Verletzung, die unter Umständen tödlich verlaufen kann. Die Adaption der Fragmente durch Extension ist selbst bei Reduktion in Narkose sehr schwierig. Dasselbe gilt von der Behandlung mit Schienen und fixirenden Verbänden. Trotzdem ist das funktionelle Resultat in vielen Fällen kein schlechtes. Verf. empfiehlt, nach starker Extension das Bein in Knie und Hüfte extrem zu beugen und durch Verband zu fixiren. So wird durch den Druck des Quadriceps das untere Fragment auf das obere gedrückt. Die in relativ kurzer Behandlungszeit erreichten Resultate sind gut. Abbildungen illustriren die Methode und ihre Resultate.

Borchard (Posen).

---

9) Hasebrock. Zur Nachbehandlung der Verstauchungen von Hand-, Knie- und Fußgelenk. (Aus dem Hamburger medico-mechanischen Zander-Institut.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 30.)

Bei der Nachbehandlung der in Rede stehenden Verstauchungen besteht die Aufgabe; 1) die Funktion der Gelenke schmerzfrei zu machen und dadurch die Kraftleistung der an sich ungestörten Muskulatur zu erhöhen und 2) das Gelenk dauernd widerstandsfähig zu machen, dass es selbst größeren Anforderungen genügen kann, ohne zu »verwricken«. Hierzu reichen Massage und Gymnastik allein nicht immer aus, sondern es ist in solchen Fällen nothwendig, das verletzte Gelenk vor Extremen in der Bewegung durch geeignete Vorrichtungen zu schützen. H. beschreibt solche für die betreffenden Gelenke, wie sie sich ihm als Handgelenksmanschetten, als Hülsenapparate mit seitlichen, mit guten Kapselscharnieren versehenen Schienchen für das Knie und als Marcinowsky'sche Plattfußschienenstiefel für das Fußgelenk bewährt haben. **Kramer** (Glogau).

---

10) Bunge. Zur Technik und Kasuistik der osteoplastischen Unterschenkelamputation nach Bier. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Königsberg i/Pr. [Direktor: Prof. Dr. Freiherr v. Eiselsberg].)

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 22 u. 23.)

B. theilt mit, dass die verbesserte Bier'sche einzeitige Operationsmethode in 15 Fällen seit mehr als 2 Jahren in der Königsberger Klinik erprobt worden sei und sich so bewährt habe, dass sie zur Zeit als Normalverfahren daselbst bei Unterschenkelamputationen gelte.

Die Technik wird ausführlich beschrieben und durch Abbildungen erläutert. Erwähnt sei, dass v. Eiselsberg den vorderen inneren Lappen bevorzugt. Bei der Fixation des Knochendeckels werden nur 3—4 möglichst exakt gelegte feine Seidennähte verwandt, welche das Periost des Deckels, das Periost des Tibia- (und ev. Fibula-) Stumpfs, so wie die umgebende Muskulatur fassen. Eine wesentliche Erleichterung gewährt v. Eiselsberg das vorherige Zurückschlagen des Hautlappens, während früher noch ein gemeinsamer Haut-Periost-Knochenlappen gebildet wurde.

Unbedingt nothwendig zum Gelingen der Operation ist die prima intentio. Die vorangehende cirkuläre Amputation an der peripheren Grenze des Hautlappens machte v. Eiselsberg nicht.

Die Kranken müssen so bald wie irgend möglich aufstehen, um sofort auf einer provisorisch gefertigten Gipsstelze aufzutreten. In seinem Falle konnte der Betreffende bereits am 2. Tage nach dem Aufstehen ohne weitere Stütze direkt auf dem Stumpfe auftreten. Auch bei Amputationen hoch oben, etwa handbreit unter dem Kniegelenke, kann noch mit Erfolg von der Methode Gebrauch gemacht werden.

Selbst bei schwerer Arteriosklerose und Diabetes gelang es den Deckel zu erhalten, obwohl partielle Lappengangrän eintrat, und einen tragfähigen Stumpf zu erzielen.

In 9 Fällen, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden, war die Gehfläche der Stümpfe gegen festen Druck und Schlag durchaus unempfindlich und erwies sich so zum direkten Auftreten in jeder Weise geeignet.

Die von B. geschilderten Erfahrungen führten ihn zu dem Schlusse, das Bier'sche Verfahren als die beste zur Zeit existirende Methode für Unterschenkelamputationen in jeder Höhe und als das möglichst stets zu wählende Normalverfahren warm zu empfehlen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

---

11) **A. Brunner.** Beitrag zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre.

(Wiener med. Presse No. 38.)

Verf. hat bei Unterschenkelgeschwüren mit Erfolg Verbände mit $2^1/_2$ %iger Lösung von Natrium carbonicum siccum in destillirtem Wasser angewendet, und zwar in folgender Weise: Auf das mit einer heißen Sublimatlösung gereinigte Geschwür kommt zuerst eine einfache Lage von steriler Gaze, die mit gelber Vaseline oder Lanolin gefettet ist, auf diese kommt eine einfache Schicht aus Cellulose, die mit er $2^1/_2$ %igen Natrium carbonicum-Lösung getränkt ist, und hierauf Billroth-Batist. Das Ganze wird mit einer Kalikobinde fest verbunden, und der Verband alle 24 Stunden erneuert. Auch bei sehr verwahrlosten Geschwüren tritt rasche Reinigung ein.

P. Wagner (Leipzig).

---

12) **J. Hern.** A partial amputation of the foot.

(Brit. med. journ. 1899. Mai 13.)

H. hat mehrfach mit Erfolg die Amputation des Fußes in der Weise vorgenommen, dass er unter Bildung der Weichtheillappen wie zur Chopart'schen Operation, den oberen Lappen bis zum Sprunggelenke zurückpräparirte, den unteren bis zum Mediotarsalgelenke, dann unter Abwärtsdrängung des Fußes das Sprunggelenk eröffnete und den ganzen Tarsus mit Ausnahme des Fersenbeins auslöste. Das Fersenbein wurde dann nach vorn gezogen und zwischen die Malleolengabel eingelagert und mit Drahtnähten befestigt. Mit Vortheil kann in manchen Fällen zuerst ein Chopart ausgeführt und dann erst der Talus ausgelöst werden. Der Stumpf soll ausgezeichnet sein, breiter wie nach der Syme'schen Operation, dabei die Verkürzung eine geringere, die Operation weniger eingreifend. Die nach Ausführung der Chopart'schen Operation bestehenden Nachtheile sind durch die Verlagerung und Fixirung des Fersenbeins nach vorn vermieden. Als Prothese dient ein gewöhnlicher Schuh mit Stahlsohle und versteiften Seiten- und Vordertheilen.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

13) **Schnitter.** Unguis incarnatus. Ätiologie, Pathologie, Therapie des eingewachsenen Nagels.

Inaug.-Diss. Basel, **Kreis,** 1898. 46 S. 3 Fig.

Verf. bespricht auf Anregung von Haegler den eingewachsenen Nagel. Nach Zusammenstellung der bis jetzt über Ätiologie und Pathologie dieser Affektion geäußerten Ansichten bespricht er im Hauptttheil seiner Arbeit die Therapie und empfiehlt das von Haegler geübte Operationsverfahren, das kurz in Folgendem besteht: Nach Extraktion des Nagels wird durch einen 3—5 mm oberhalb des Querfalzes beginnenden, dicht am Knochen heruntergehenden Keilausschnitt der ganze, seitliche Nagelfalz zu beiden Seiten des Nagels herausgeschnitten. Es entstehen dadurch 2 Seitenlappen, die durch die Tiefe der beiden Keilausschnitte eine gewisse Beweglichkeit erlangt haben.

In einfacheren Fällen werden diese Seitenlappen entweder durch Nähte an das Mittelstück fixirt oder besser durch Kompressivverband einfach eingedrückt. Ist der Nagel sehr verbildet und die Affektion weit fortgeschritten, so werden die Keilausschnitte so angelegt, dass die Seitenlappen möglichst verschieblich werden, und es werden dann die letzteren nach Excision des Querfalzes und Abkratzung des Nagelbetts auf der Mitte des Zehenrückens durch Nähte vereinigt, so dass die Zehe ringsum von Haut bedeckt ist, im Gegensatz zu der gewöhnlich verwendeten Methode, wo es wieder zur Bildung eines kleinen oberflächlich liegenden Nagels kommt. Die Anästhesie wird nach Oberst ausgeführt. Die sich auf 71 Fälle erstreckende Kasuistik weist kein einziges Recidiv auf.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

Kleinere Mittheilungen.

14) **Bericht über die Sitzungen der Abtheilung 32b (Unfallwesen) auf der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu München.**

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 10.)

Thiem (Cottbus): Wird Jemand durch das nothwendig gewordene Tragen einer Luftröhrenkanüle invalide im Sinne des Gesetzes?

Bei einem 19jährigen Dienstmädchen musste wegen starker Verengerung der Kehlkopflichtung nach Vornahme des durch eitrig-entzündliche Vorgänge am und im Kehlkopfe nothwendig gewordenen Luftröhrenschnittes von einer dauernden Entfernung der Kanüle Abstand genommen werden. Die Frage der hieraus resultirenden Invalidität war von dem Vertrauensarzte der Berufsgenossenschaft bejaht, von dem behandelnden Chirurgen verneint worden. Das einstimmige, näher begründete Urtheil der Versammlung lautet, dass im vorliegenden Falle Invalidität im Sinne des Gesetzes vorhanden sei.

Thiem (Cottbus): Über chronische Bauchfellentzündungen und Verwachsungen nach Quetschung des Bauches oder Zerrung des Bauchfells.

Fast zwischen sämmtlichen Unterleibsorganen können unter der Einwirkung stumpfer Gewalten oder in Folge bereits vorhandener allgemeiner tuberkulöser

oder carcinomatöser Erkrankung des Bauchfells flächenhafte Verwachsungen auftreten, welche manchmal unter der durch Peristaltik, Athmung und Körperbewegung erfolgenden fortwährenden Zerrung zu langen Strängen, Pseudosträngen, sich ausziehen können.

T. erläutert das Auftreten solcher Verwachsungen an den Krankengeschichten dreier von ihm operirter Fälle. Im weiteren macht er Angaben über ähnliche bereits früher veröffentlichte Fälle und bespricht in zusammenfassender Weise hinsichtlich Entstehung und Verlauf noch weitere, zwar nicht operirte, aber von ihm beobachtete 5 Fälle, bei denen es sich offenbar um Verletzungen erwähnter Art gehandelt hat.

In der Diskussion geht Schmitt (München) auf Grund der bei 10 bisher von ihm operirten Fälle gesammelten Erfahrungen auf die Art der durch Einwirkung stumpfer Gewalten auf den Unterleib entstehenden Verletzungen und die daraus resultirenden Verwachsungen näher ein.

Schmitt (München): Demonstration einer durch perforirende Verletzung durchtrennten Niere.

Ein 18jähriger Maurer war vom 1. Stocke herab mit der linken Nierengegend auf einen eisernen Zaunpfahl gefallen und nur mit Mühe von diesem befreit worden. Es wird eine Verletzung der Niere festgestellt und andauernder Blutung wegen zur Operation geschritten. Die Niere wird völlig quer durchtrennt gefunden und in Folge dessen exstirpirt, worauf glatte Heilung eintritt.

S. schlägt bei Verlust einer Niere und normalem Zustande der anderen eine Rente von 33$^1/_3$ % vor, dem Bähr und Riedinger unter Hinweis auf die vom Reichsversicherungsamte bei Verlust eines Auges grundsätzlich zugebilligten Entschädigung beistimmen.

Golebiewski (Berlin): Über die funktionellen Beziehungen der Wirbelsäule zu den Rippen nach Verletzungen.

Nach einer genauen Schilderung der topographisch-anatomischen Verhältnisse an der Wirbelsäule und deren Verbindungen mit den Rippen, so wie näherem Eingehen auf die Funktion derselben bespricht G. eine Reihe an der Wirbelsäule und den Rippen möglicher Verletzungen, wobei er kurz auf die Erscheinungen derselben eingeht. Der Vortrag bringt nichts bisher Unbekanntes.

Mueller (Lübeck): Was müssen die Berufsgenossenschaften von den Ärzten verlangen?

In Anlehnung an das Unfallgesetz führt M. eine Reihe wohl geordneter Gesichtspunkte an, unter deren strenger Beobachtung allein eine ersprießliche ärztliche Sachverständigenthätigkeit möglich und eine dem entsprechende Würdigung derselben seitens der Berufsgenossenschaften zu erwarten ist.

Riedinger (Würzburg): Klinischer und experimenteller Beitrag zu den Verletzungen des Ellbogengelenks.

Die Verlagerung des abgesprengten lateralen Condyl. hum. kann unter dem Einflusse seiner Bänder und dem der Muskulatur nach 3 Seiten hin erfolgen: nach hinten, nach außen und nach vorn. Als Beitrag für das Vorkommen der letzten Art führt R. die ausführliche Krankengeschichte eines Falles an, bei dem ein derartiger Bruch mit einer gleichzeitigen Verrenkung der Ulna nach innen unter Drehung des Olekranons um etwa 90° komplicirt war, und den er durch zwei Röntgenaufnahmen und eine gewöhnliche Abbildung näher erläutert.

Im weiteren bespricht R. die einzelnen Erscheinungen beim äußeren Schrägbruche am unteren Ende des Humerus und geht auf Grund von Versuchen, die er an Leichen gemacht hat, auf die Entstehungsweise und die einzelnen Symptome der Frakturen und Luxationen am Ellbogengelenke näher ein.

In der Diskussion wünscht Bähr einheitliche Bezeichnungen für diese Frakturen, empfiehlt hierzu die von Helferich bisher angewandten und erwähnt einen mit Pseudarthrose geheilten Fall von äußerer Schrägfraktur.

Riedinger (Würzburg): Über Palpation des Kniegelenks.

R. erörtert besonders die Diagnostik der einzelnen Schleimbeutelentzündungen und bringt die Krankengeschichten zweier solcher Fälle. In einem Falle lag eine Anschwellung der Bursa infrapatellaris profunda, im anderen Falle eine solche des zwischen dem Lig. collaterale, laterale und der Sehne des Biceps femoris gelegenen Schleimbeutels (Bursa subbicipitalis) vor.

Nach R.'s Ansicht können Gelenkgeräusche auch in Ruhelage des Kniegelenks diagnosticirt werden. Dahin gehört das Patellargeräusch, auf dessen Entstehung und pathologische Bedeutung R. weiter eingeht.

Dreyer (München): Syphilis und Trauma.

Nach kurzem Rückblicke auf die bisherigen Veröffentlichungen über die Beziehungen von Syphilis und Trauma im Allgemeinen und die bisher veröffentlichten Fälle, in denen sich bei den schon früher syphilitisch inficirten Individuen am Orte des Trauma eine Syphiliseruption entwickelte und theilweise zu schweren Erwerbsstörungen führte, bringt D. die Krankengeschichte eines 46jährigen Tagelöhners, bei dem während der Behandlung einer Fraktur am Humerus und Femur ein ausgedehnter syphilitischer Zerstörungsprocess am Nasenrücken, auf dem Gaumen, den Gaumenbogen und dem Zäpfchen auftrat. Das Wieder-florid-Werden der Syphilis war von dem begutachtenden Arzte der Münchener chirurgischen Universitätsklinik in wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem kurz vorher erlittenen Trauma gebracht und dieser Zusammenhang von der zuständigen Berufsgenossenschaft anerkannt worden.

Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, als bei ihm die syphilitischen Erscheinungen fern von dem Orte der Einwirkung des Trauma zum Ausbruche kamen.

Maréchaux räth zur Vorsicht bei der Beurtheilung solcher Fälle, da der Zusammenhang zwischen Trauma und Fernwirkung der Syphilis noch nicht genügend erwiesen sei.

Düms (Leipzig): Über Lippenlähmung bei Tenorhornbläsern.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über das Wesen und Entstehen der Beschäftigungsneurosen bei Musikern bringt D. die Krankengeschichte eines Falles von Lippenlähmung bei einem Tenorhornbläser, der die Merkmale einer echten Beschäftigungsneurose trägt.

Auf Grund einer mittels Fragebogen gemachten Umfrage bei sämmtlichen Kapellmeistern der sächsischen Armee liefert D. den Nachweis, dass Lippenstörungen gleicher Art in der Armee nicht zu selten sind. Bei frühzeitigem therapeutischen Eingreifen lässt sich ein Erfolg erwarten.

Golebiewski (Berlin): Anatomische Analyse der deform geheilten ypischen Radiusfrakturen.

G. sucht die nach deform geheilten Radiusfrakturen zurückbleibenden schweren funktionellen Störungen durch eine pathologisch-anatomische Betrachtung zu erklären.

Bähr hält diese Erklärung nur für einen kleinen Theil von Radiusfrakturen für zutreffend.

Bähr (Hannover): Zur Lehre von der Spondylitis traumatica.

Das noch wenig geklärte Krankheitsbild der sogenannten Spondylitis traumatica führt B. in der Mehrzahl der Fälle auf Wirbelfrakturen zurück. Der Nachweis letzterer kann allerdings beim Fehlen eines Buckels, wie Rumpel an einem Falle gezeigt hat, erschwert sein, während andererseits das Vorhandensein eines solchen nicht immer für einen Wirbelbruch zu sprechen braucht, wie der von Nonne veröffentlichte Fall bewiesen hat, da ein Buckel auch durch andere, von B. näher berührte Momente verursacht sein kann. In einem kleinen Theile der Fälle kommt das Bild der Spondylitis traumatica auch ohne Fraktur zu Stande. Dann kann es sich um einen osteomalakischen Wirbelprocess handeln, oder es kann eine progressive Osteoporose die Ursache sein; in manchen Fällen muss man an chronischen ankylosirenden Rheumatismus denken, oder das Bild der Spondy-

litis traumatica ist auf eine durch Schwächung des Muskelapparats bedingte einseitige Belastung der Bandscheiben zurückzuführen.

Die an sich schon schwierige Diagnose kann oft durch Intentionsreflexe, d. h. willkürliche Erhöhung der Patellarreflexe noch weiter erschwert werden.

In therapeutischer Beziehung räth B., entsprechend der Vielseitigkeit des anatomischen Bildes, von einer allzu geschäftigen Anwendung der Stützapparate ab.

Ammann (München): Konservative Chirurgie an den Extremitäten.

A. räth von einer konservativen Behandlungsweise bei Extremitätenverletzungen in der Unfallpraxis ab, falls Gelenkversteifungen zu erwarten sind, aus denen später eine größere Erwerbseinbuße resultirt, als nach dem Verluste einer ganzen Extremität oder eines Theils einer solchen. Er sucht dies an einer Reihe von Fällen aus seiner Praxis zu begründen.

Bettmann (Leipzig) demonstrirt einen Apparat zur Messung der Exkursionsweite versteifter Gelenke.

Bähr (Hannover) zeigt einen verbesserten Fingerpendelapparat. Derselbe gestattet in Folge seiner Verstellbarkeit die Pendelung der Hand im Handgelenke in allen möglichen Exkursionsweiten, so wie die der Finger selbst bei weitgehendster Kontraktur derselben.

Thiem (Cottbus): Trauma und Gelenkerkrankung.

T. berichtet über nach einander aufgetretene entzündliche Schwellungen beider Sprunggelenke, des rechten Hüft- und Schultergelenks bei einer 24jährigen Frau, die sich 10 Tage vorher durch einen Sturz auf beide Knie eine Subluxation beider Schienbeine nach hinten zugezogen hatte. Er bringt diese Gelenkerkrankungen in kausalen Zusammenhang mit dem erwähnten Unfalle und bezeichnet sie als Gelenkrheumatismus.

Im Anschlusse hieran theilt er die Krankengeschichte zweier von Dr. Piltz (Vienenburg) beobachteter ähnlicher Fälle mit.

Thiem (Cottbus) macht Mittheilung von einem Falle von Eiweißharnen nach Schädelverletzung.

Thiem (Cottbus) zeigt das Bild eines 37jährigen Arbeiters, welcher beim Überfahrenwerden eine Abstreifung der Muskelmasse des rechten M. biceps brachii erlitt, so dass der Muskelbauch nach dem oberen Ende hin gewichen ist.

Motz (Hannover).

15) **Whitfield.** On a form of disease of the joints occurring in the later stages of syphilis.

(Practitioner 1899. Juni.)

W. hatte Gelegenheit, 4 Fälle syphilitischer Gelenkerkrankung zu beobachten die von dem gewöhnlichen Bilde etwas abweichen.

1) 35jähriger Mann erkrankte vor 3 Wochen anscheinend an subakutem Rheumatismus in allen Gelenken. Auf Bettruhe heilten die übrigen Gelenke bis auf das linke Handgelenk aus. Unter Jodkali heilte auch dieses. Nach 8 Monaten äußerst heftige Schmerzen im Ellbogengelenk. Das Gelenk ist enorm geschwollen, die Haut dunkel-blauroth, die Venen stark gefüllt. Das Bild ist ganz das eines akuten Gichtanfalls. Auf der rechten Tibia fand sich ein periostaler Knoten. Auf Jod und Quecksilber rasche Heilung.

2) 23jähriger Mann. Vor $2\frac{1}{2}$ Jahren Syphilis erworben. Es erkrankte das rechte Ellbogen- und linke Handgelenk. Der Befund war genau wie im vorigen Falle, nur die Schmerzen nicht ganz so hochgradig. Auf der linken Ulna ein periostaler Knoten. Rasche Heilung.

3) 40jähriger Mann erkrankte vor 10 Tagen an Schmerzen im Interphalangealgelenk des Daumens. Das Gelenk stark geschwollen, die Haut blau verfärbt. Ganz das Bild eines Gichtanfalls. Vor 3 Jahren war Syphilis erworben. Rasche Heilung auf antisyphilitische Behandlung.

4) Verheirathete 33jährige Frau litt seit 11 Jahren an Syphilis. Ein Kind starb kurz nach der Geburt, 1mal erfolgte Abort. Vor 6 Monaten traten Schmerzen im rechten Fußgelenke auf. Vor 4 Monaten schwoll das linke Knie an. Vor 3 Wochen erkrankten die meisten übrigen Gelenke.

Es zeigten sich beide Knie- und Fußgelenke stark geschwollen und sehr schmerzhaft. Die Enden der Knochen aufgetrieben, geringe Flüssigkeitsansammlung im Gelenke. Die Haut darüber nicht geröthet. Die Beweglichkeit der Gelenke sehr beschränkt. Ein großer Knoten auf der rechten Tibia. Schnelle Besserung auf Jod und Quecksilber. **Strauch** (Braunschweig).

16) **Stavridès.** Des lésions nerveuses déterminées par le redressement brusque des ankyloses.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1898.

Verletzungen größerer Nervenäste beim Redressement einer Ankylose sind selten beobachtet, nach Ansicht des Verf. vielleicht desshalb, weil sie häufig unbemerkt geblieben sind, oder weil die Nervenstörungen auf andere Ursachen zurückgeführt wurden. S. (ein Türke) fand nur einen sicheren Fall von Nervenzerreißung in der Litteratur, nämlich den von Holl in Langenbeck's Archiv beschriebenen Fall, der zur Autopsie kam, und in dem es sich um eine Zerreißung des Nervus tibialis am Kniegelenke handelte.

Verf. beschreibt die verschiedenen Grade und den Mechanismus der Nervenverletzungen, so wie die Symptomatologie und theilt einen Fall aus der Beobachtung von Prof. Schwartz mit, in welchem nach dem Redressement einer Ankylose des Ellbogengelenks anscheinend in Folge einer Entzündung bei einem 18 Jahre alten jungen Manne eine schwere Neuritis ascendens im Gebiete des Medianus und Ulnaris an der Hand und am Vorderarme auftrat. Die Erscheinungen bestanden zuerst in Fieber, starker Schwellung und Schmerzhaftigkeit, so wie in einem Bläschenausschlage, später in Gefühls- und Bewegungsstörungen, welche sich langsam wieder besserten. **J. Riedinger** (Würzburg).

17) **P. Ludwig.** Beitrag zur modernen operativen Behandlung von Lähmungen und ihren Folgezuständen an den Gliedmaßen.

Inaug.-Diss., Breslau, 1899.

Auch in der Mikulicz'schen Klinik sind durch Sehnenverpflanzung bei Lähmungen erfreuliche Resultate erzielt worden, worüber Verf. berichtet. In 8 Fällen wurde die Operation an den unteren Extremitäten ausgeführt, in einem an der oberen. Nur 1mal ist bei einer Lähmung des Fußes der Erfolg ausgeblieben. Bei ausgedehnter, schlaffer Lähmung wird jedoch von Mikulicz die Arthrodese an den unteren Extremitäten vorgezogen, und Verf. theilt 7 weitere, hierhergehörige Fälle mit. In 3 Fällen wurde die Arthrodese des Kniegelenks vorgenommen, in 1 Falle dieselbe kombinirt mit einer Sehnenverpflanzung am Fuße, in 3 Fällen endlich wurde die Arthrodese des Fußgelenks verbunden mit dem osteoplastischen Verfahren nach Mikulicz-Wladimirow, nachdem Theile des Calcaneus und Talus entfernt waren. In den zuletzt erwähnten Fällen war eine hochgradige Verkürzung des Beines vorhanden. **J. Riedinger** (Würzburg).

18) **Könitzer.** Zur totalen Entfernung des knöchernen Schultergürtels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 594.)

K. berichtet 5 einschlägige Operationen von Häckel (Stettin). Häckel theilt die Ansicht Berger's und Nasse's, dass bei schweren Erkrankungen an Sarkom an Schulter und Oberarm die sofortige totale Entfernung des knöchernen Schultergürtels der am meisten rathsame Eingriff sei, sowohl bezüglich guter Heilungsprognose der Operation, als bezüglich Verhütung von Recidiven. Man kann aber nicht gerade sagen, dass die Resultate in den Häckel'schen Fällen sehr geeignet wären, diese Ansicht zu stützen. Von den 5 Häckel'schen Pat. litt einer

an schwerer Schultertuberkulose, die übrigen an Sarkom. Einer der Sarkompatienten starb 3 Stunden nach der Operation (die Sektion zeigte bereits vorhandene Lungenmetastasen), in den übrigen Fällen trat ganz glatte rasche Wundheilung ein. Indess lebte zur Zeit der Berichterstattung nur noch einer der Operirten gesund und recidivfrei, 20 Monate nach dem Eingriffe wegen Sarkom. Der wegen Tuberkulose operirte Mann war 1 Jahr nach der Operation an unbekannter Krankheit gestorben. An Lungensarkommetastasen waren die 2 letzten Kranken gestorben, 4 bezw. 7 Monate nach der Operation, der eine von ihnen auch ein Narbenrecidiv zeigend.

Im Anschlusse an das eigene Material hat K. die Schultz'sche Operationsstatistik fortgesetzt. Er fand von 1896 bis 1899 29 Fälle beschrieben, davon 24 wegen Geschwülsten operirt. Von letzteren sind 23 geheilt, 1 an den Operationsfolgen gestorben. Von den Genesenen zeigten Recidive 30%, Heilung bei Beobachtungsdauer von weniger als 1 Jahre 26%, von über 1 Jahre 21%, bei 24% fehlen spätere Angaben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

19) M. Ollier. De la création d'une néarthrose cleido-humérale ou de l'établissement d'une articulation régulière entre le clavicule et l'humérus, pour fixer le membre supérieur resté flottent à la suite de la perte irréparable de l'omoplate et de la tête humérale.

(Revue de chir. 1899. No. 7.)

Bei dem betreffenden Pat. war in Folge einer bei der Belagerung von Metz im Jahre 1870 erlittenen Schussverletzung der linken Schulter und der wiederholt nothwendig gewordenen operativen Eingriffe, die eine vollständige Entfernung des Schulterblatts und oberen Humerusendes erfordert hatten, eine starke Deformität der Schulter zurückgeblieben. Das Schlüsselbein sprang mit seinem lateralen Ende stark vor und bildete mit diesem und dem nur durch die Haut, fibröses und größtentheils atrophisches Muskelgewebe mit dem Rumpfe verbundenen linken Arme einen scharf einspringenden, fast rechten Winkel. Jede aktive Armbewegung war unmöglich, der Arm flottirte hin und her, das obere, stark verdünnte Ende des Humerusschafts stand 7 cm weit von dem atrophischen Schlüsselbeinende entfernt. Die von O. ausgeführte (1893) Operation erstrebte eine knöcherne oder fibröse Vereinigung zwischen jenen beiden Knochen, zu welchem Zwecke unter thunlichster Erhaltung des fibrösen Gewebes die beiden Knochen angefrischt, durch Silberdrähte gegen einander, befestigt, und durch Reinsertion der periartikulären Muskeln am Schlüsselbeine und Oberarmknochen günstige Bedingungen für ihre Aktion geschaffen wurden. Das nach ungestörtem Wundverlaufe erhaltene Resultat war ein überraschend schönes. Die gebildete Nearthrose ist von solcher Festigkeit, dass Pat. mit dem linken ausgestreckten Arme vom Boden aus ein Gewicht von 57 kg erheben und tragen, den Arm so weit abduciren kann, dass der Ellbogen 16 cm entfernt vom Rumpfe steht; die Muskeln haben auch an Volumen mit der Zeit erheblich zugenommen und funktioniren so gut als möglich. Die beiden Knochenenden, die jetzt wesentlich dicker geworden, stehen, wie die Röntgographie erkennen ließ, etwas entfernt — 1 cm — von einander, sind aber durch sehr festes fibröses Gewebe gegen einander fixirt, die Silberdrähte, deren einer durchgeschnitten hat, eingeheilt, ohne irgend welche Beschwerden zu setzen.

Kramer (Glogau).

20) Wolff. Isolirte, wahrscheinlich traumatische Lähmung des N. suprascapularis.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. No. 11.)

Verf. bringt die Krankengeschichte eines Falles, bei dessen differentialdiagnostischer Erörterung er zur Überzeugung kommt, dass es sich um eine isolirte traumatische Lähmung des N. suprascapularis handelte, welche angeblich auf eine durch Fall verursachte Verrenkung des rechten Schultergelenks zurückzuführen sei.

Im weiteren bespricht W. in Kürze die Funktion des M. supraspinatus und die in der Litteratur bisher hierüber niedergelegten Ansichten.

Motz (Hannover).

21) **F. Krumm** (Karlsruhe). Über habituelle Schulterluxation und ihre Radikaloperation.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 30.)

K. hat in einem Falle von habitueller Schulterverrenkung, die sich innerhalb 7 Jahren 37mal wiederholte, eine äquatorial von der Tiefe der Achselhöhle innen nach vorn verlaufende Schnürnaht (Ricard) der hier stark ausgebuchteten Kapselabschnitte ausgeführt, da bei Fehlen von Veränderungen an den Gelenkknochen etc. die Ursache der habituellen Luxatio subcoracoidea nur in jener Kapselerweiterung gelegen sein konnte. Die Heilung erfolgte völlig reaktionslos. Pat. vermag seitdem seine Zimmermannsarbeiten wieder zu verrichten, und ist bis jetzt — 1 Jahr p. op. — eine Reluxation nicht erfolgt. **Kramer** (Glogau).

22) **R. Scholten.** Een zeldzame congenitale tumor van den pink.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1899. II. No. 14.)

Zur Erklärung der Polydaktylie ist die Theorie einer theromorphen Varietät besonders von Bardeleben und Wiedersheim vertheidigt, während Ahlfeld, Lewin, Gegenbauer u. A. dieser Auffassung nicht beipflichten, vielmehr eine amniotische Abschnürung der Abweichung zu Grunde zu legen geneigt sind.

Verf. bekennt sich zur letzteren Auffassung, nachdem er die verschiedenen Gründe erwogen und die Gelegenheit hatte, selbst im Boerhaave-Laboratorium ein kleines Geschwülstchen von der Form und Größe einer Beere zu untersuchen, das einem Neugeborenen vom Kleinfinger entnommen war. Es hatte normale Hautfarbe, am distalen Ende eine kleine Hautdelle mit eingesunkenem verkümmertem Nagel und war mittels eines dünnen, blau gefärbten Stiels an der Ulnarseite der 1. Phalanx aufgehängt. Mikroskopisch bekundete es sich als überzähliger Finger durch Gegenwart eines Knorpelherdes, umgeben von fibrillärem Gewebe mit vielen Gefäß- und Lymphbahnen, während eine normale Haut mit Schweißdrüsen, Tastkörpern und Nagelsubstanz das Ganze umgrenzte. Der Befund soll sehr große Ähnlichkeit mit dem von Stahr (Virchow's Archiv Bd. CLII Suppl.) beschriebenen Falle haben. **G. Th. Walter** ('s Gravenhage).

23) **J. Schoemaker.** Coxa vara.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1897. II. No. 25.)

Verf. beschreibt einen Fall von Coxa vara, beobachtet bei einem jungen Manne von 16 Jahren, Ladendiener, dessen Klagen in Steifheit der Beine und baldiger Ermüdung bestanden. Bei der Untersuchung zeigte es sich, dass beide Unterschenkel in der zuerst von Müller, später von Kocher und Hofmeister beschriebenen pathologischen Lage fixirt waren, so dass im rechten Hüftgelenke gar keine Beweglichkeit mehr vorhanden, im linken nur eine sehr geringfügige übriggeblieben war. Unter Narkose konnte nur eine unbedeutende Vergrößerung des Bewegungsausschlags nachgewiesen werden.

Nach einer kurzen Rekapitulirung des in solchen Fällen vorgefundenen pathologischen Befundes im Collum femoris (Reproduktion eines Röntgenbildes) versucht Verf. die Bewegungsbeschränkung in den verschiedenen Richtungen zu erklären, nachdem er dazu erst am normalen Hüftgelenke beim Kadaver die natürlichen Hemmungsvorrichtungen studirt hatte. Er kommt zu der Überzeugung, dass die Abduktion durch Anstemmen des Halses am Limbus cartilagineus, die Adduktion und Auswärtsrotation durch Anstemmen des Trochanter minor am Tuber ischii behindert sind, während weiter durch Einzwängung der Weichtheile zwischen Tuber ischii und Limb. cart. alle Bewegungen schmerzhaft sind und reflektorisch vermieden werden.

Was die Behandlung des Falles betrifft, so war diese an der rechten Seite eine operative: Schnitt entlang dem Außenrande des Musc. sartorius, Durchsägung des Collum nach Verschiebung des Periosts in der Gelenkkapsel mit Entfernung eines keilförmigen Knochenstücks an der Vorder- und Oberseite. Nach der unter langdauernder Eiterung stattgefundenen Wundheilung, in Abduktion der Extremität, »steht das Bein ideal am Becken«. Mit der Funktion ist es leider nicht so schön bestellt, denn das Hüftgelenk ist »beinahe total ankylotisch«.

Am linken Beine wurde dagegen gar nicht operirt. Dieses wurde aber, Dank der nothwendigen langdauernden Ruhe, sehr günstig beeinflusst und hat so viel an Beweglichkeit zugenommen, dass Beugung bis 90° möglich wurde. Dieser Besserung verdankt Pat. es, dass er wieder ziemlich gut umhergehen kann.

Verf. zieht aus dieser Beobachtung den Schluss, dass die rachitische Verkrümmung bei der Coxa vara besser als durch operative Eingriffe durch einfache Ruhe zu beeinflussen sei. **G. Th. Walter** ('s Gravenhage).

24) Hirsch. Beitrag zur Frage der traumatischen Hüftgelenksluxationen.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1899.

Verf. berichtet in vorliegender Dissertation über 14 in der Greifswalder chirurgischen Klinik beobachtete Hüftverrenkungen. 6mal handelte es sich um eine Luxatio iliaca, 2mal um eine Luxatio ischiadica, 3mal um eine Luxatio pubica, die in einem von diesen Fällen mit einem interkapsulären Schenkelhalsbruche vergesellschaftet war, und je 1mal wurde eine Luxatio pubica, suprapubica und infrapubica beobachtet.

Nebst den Krankengeschichten findet man eine genaue Sichtung der jeweilig zur Verrenkung führenden Mechanismen.

In den frischen Fällen gelang die Reposition nach den allgemein üblichen Methoden ohne besondere Schwierigkeit; nur bei einer 14 Tage alten Luxatio iliaca eines 4jährigen Mädchens war die Reposition in Narkose unmöglich. — Von einem vorderen Schnitte aus wurde die Gelenkpfanne freigelegt, die Kapselinterposition behoben und die Reposition ausgeführt. — Der Erfolg der reaktionslos verlaufenen Operation war ein in jeder Hinsicht tadelloser.

In dem Falle von Luxatio pubica mit Schenkelhalsbruch wurde sofort unter der Spina anterior superior eingegangen und der unter der Fascie liegende Schenkelkopf entfernt. Extensionsverband. Das Resultat des Eingriffs ist ein durchaus günstiges.

Verf. bespricht nun die operativen Eingriffe, die bei veralteten Hüftverrenkungen in Frage kommen und vergleicht die Werthigkeit der subtrochanteren Osteotomie, der Arthrotomie und der Resektion des Oberschenkelkopfes.

In einem Falle von 15 Monate alter Luxatio pubica mit knöcherner Ankylose wurde die subtrochantere Osteotomie gemacht. Heilung mit starker Adduktionsstellung des Beines.

Das Idealverfahren der blutigen Reposition mittels breiter Freilegung des verrenkten Kopfes ist noch sehr wenig ausgeführt worden, und sind Schwierigkeiten technischer Art erst im Laufe der letzten Jahre von Mikulicz und Riedel überwinden gelehrt worden. Am häufigsten wurde bisher die Resektion ausgeführt. (Doch ist zweifellos, dass diese Methode durch den viel exakteren, wenn auch schwierigeren Vorgang der blutigen Reposition sehr zurückgedrängt werden wird. Anm. des Ref.) **Payr** (Graz).

25) P. Jottkowitz. Zur Totalresektion der Diaphyse langer Röhrenknochen bei akuter, infektiöser Osteomyelitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LII. p. 213.)

Eine kasuistische Mittheilung, deren wichtigste Daten folgende sind. 3jähriger Knabe, akut erkrankt Anfang Juli 1897. Beim Eintritt in die Behandlung Ende August besteht ein in die obere rechte Humerusepiphyse führender Abscess, dessen

alsbaldige operative Versorgung guten Heilungsverlauf nimmt. Außerdem schwere osteomyelitische Phlegmone am rechten Oberschenkel mit einer Jauche entleerenden Fistel. Hüftgelenk verjaucht, Eröffnung und Drainage desselben, obere Femurepiphyse gelöst. Ein Einschnitt auf die Diaphyse zeigt diese weithin entblößt, die untere Epiphyse ebenfalls gelöst. Wegen fortdauernder Gelenkjauchung am 9. Oktober Entfernung des gelösten Gelenkkopfs, Abtragung des morschen Trochanter maj., der Femurschaft wird aus der Wunde gedrängt und so weit er sich krank erweist, abgetragen. Hiernach zunächst Besserung, doch neues, schweres Fieber am 27. Oktober und bald darauf 2 metastatische Abscesse am linken Handrücken bezw. der rechten Wade. Desshalb jetzt Entfernung des ganzen Knochenrests des kranken Femur. Von einer unten außen geführten Incision wird um den Knochen eine Drahtsäge geführt, derselbe durchtrennt und eine Hälfte nach der anderen extrahirt. Hiernach glatte Heilung. Der Knochen hat sich regenerirt (vgl. ein Photo- und ein Skiagramm) mit zur Zeit der Berichterstattung 4 cm betragender Verkürzung. Gehfähigkeit mit Stock, Beweglichkeit im Hüft- und Kniegelenke.

In der Epikrise erörtert J. die große Seltenheit einer so überaus schweren Erkrankung und benutzt den Fall, um die Brauchbarkeit und Nützlichkeit der von ihm ausgeführten, im Allgemeinen bekanntlich wenig anerkannten und beliebten Operation darzuthun. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

26) **Zaelke.** Zur Kasuistik subkutaner Sehnen- und Bänderzerreißung mit besonderer Berücksichtigung des Entstehungsmechanismus der Sehnenzerreißungen.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1899.

Verf. beschreibt einen Fall von Zerreißung des Ligamentum laterale externum des Kniegelenks und Abreißen der Sehne des Musculus biceps femoris vom Capitulum fibulae.

Der 63jährige Arbeiter wurde von einem scheuenden Pferde gegen eine Wand gedrückt und zu Boden gerissen, worauf das vordere Rad des Wagens gegen die hintere seitliche Gegend seines linken Kniegelenks anfuhr. — Über dem Condylus externus tibiae zwischen Capitulum fibulae und Gelenkspalte ist eine quergestellte Grube zu fühlen; am Capitulum fühlt man ferner deutlich das Fehlen des Ansatzes der Bicepssehne. Seitliche Beweglichkeit des Kniegelenks.

Durch 9 Tage Kompressionsverband und Immobilisirung, dann Naht des zerrissenen Bandapparats an der Außenseite des Kniegelenks (Helferich). — Man findet den ganzen Bandapparat mit der Bicepssehne durchrissen; die Gelenkspalte klafft. Katgutnaht des Kapsel- und Bänderrisses und Annagelung (?) an den Condylus externus femoris. — Primäre Heilung. Anlegung eines Scharniergipsverbandes mit Tragriemen über die Schulter. — Beweglichkeitsausmaß am Kniegelenke zwischen 125 und 170°.

Im Anschlusse an diesen Fall bespricht Verf. den Entstehungsmechanismus der Sehnenzerreißungen und führt eine Anzahl von für die einzelnen Entstehungsmechanismen charakteristischen Beispielen aus der Litteratur an.

Payr (Graz).

27) **H. Schloffer.** Zur Osteoplastik bei Defekten der Tibia.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 1.)

Nach einer Übersicht über die verschiedenen Methoden, Defekte großer Röhrenknochen plastisch zu decken, berichtet Verf. über einen Fall von Zerstörung fast der ganzen Tibiadiaphyse, in welchem nach dem Vorgehen Hahn's die Einpflanzung der Fibula mit gutem Enderfolge vorgenommen worden war. Bei einem 8jährigen Mädchen war in Folge von Osteomyelitis die ganze Diaphyse der Tibia sequestrirt worden, eine nennenswerthe Knochenneubildung hatte nur in der Nähe der oberen Epiphyse stattgefunden. Da das Kind sich auf den betreffenden Unterschenkel nicht stützen konnte, wurde von Wölfler der obere Tibiastumpf an-

gefrischt, die Fibula unterhalb ihres Köpfchens durchtrennt und sowohl an dem oberen wie unteren Reste der Tibia mit Elfenbeinstiften befestigt. Die Vereinigung am proximalen Ende musste nach einigen Monaten wiederholt werden, dann aber trat allmähliche Konsolidation ein, und 2 Jahre nachher war das Kind im Stande ohne Stützapparat herumzugehen.

In einem weiteren mitgetheilten Falle, in welchem nach Schienbeinbruch eine Pseudarthrose eingetreten und die Adaption der Bruchflächen nur nach ausgedehnter Resektion möglich gewesen wäre, wurde der Defekt durch einen Müller'schen Haut-Knochenlappen aus der inneren Oberfläche der Tibia mit günstigem Erfolge gedeckt. Nach 2 Monaten ließ sich eine erhebliche Verdickung des überpflanzten Knochenlappens und absolut feste Vereinigung an der Bruchstelle sicherstellen. Verf. zieht dieses Verfahren der Resektion eines Fibulastückes vor, da es einen geringfügigeren Eingriff bedeutet, die Fragmente der Bruchflächen nicht resecirt zu werden brauchen, und endlich eine funktionell tüchtige Extremität ohne wesentliche Verkürzung erzielt wird.

Wichtig ist die auch durch Verf.s Fall bestätigte Erfahrung, dass selbst Knochenstücke von relativ geringer Dicke hinreichen, um eine feste Vereinigung herbeizuführen, dass ferner das Risiko der Lappendrehung nicht allzu sehr ins Gewicht zu fallen scheint. Nach alledem dürfte der Müller'schen Plastik bei der operativen Behandlung von Pseudarthrosen der Tibia ein weiteres Feld offen stehen, als ihr bisher eingeräumt wurde. **Honsell** (Tübingen).

28) **H. Folet.** Pseudarthrose, déambulation. Thyroïdine.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. Februar.)

In einem Falle von Pseudarthrose der Tibia, in dem F. mit ambulatorischer Behandlung nichts ausrichtete, ließ er auf den Vorschlag von Quénu und Reclus Thyroidin einnehmen und erzielte in kurzer Zeit vollkommenen Erfolg. F. räth in ähnlichen Fällen von Thyroidin Gebrauch zu machen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

29) **Duffier et Desfosses.** Fracture du calcanéum par arrachement.

(Presse méd. 1898. No. 31.)

Ein 51jähriger Maurer fiel $1\frac{1}{2}$ m hoch von einem Gerüste auf die Füße. Er empfand Anfangs nur geringe Schmerzen, welche sich aber bald steigerten und ihn zwangen, die Arbeit einzustellen. Der Fuß schwoll stark an, der Kranke öffnete eine Blutblase an der Ferse selbst mit einer Nadel. Bei seiner Aufnahme im Hôpital de la Pitié wurde oberhalb der Ferse ein spitzes Knochenstück konstatirt, das fast die Haut durchbohrte, daneben starke Entzündung und eine gangränöse Hautstelle. Flexion und Extension sind frei und schmerzlos. Die Diagnose einer Calcaneusfraktur wurde durch eine Radiographie bestätigt. Das Bild ist sehr interessant und instruktiv; die ganze Insertionsstelle der Achillessehne ist abgerissen und nach oben geklappt, so dass die Achse des Fragmentes mehr wie senkrecht zur Achse des Fußes steht, und seine Spitze gegen die Haut gedrängt ist. Die Behandlung war nicht leicht. Da jede Bandage nur die drohende Perforation herbeiführen musste, wurde eine Knochennaht ausgeführt. Allein hohes, anhaltendes Fieber zwang die Naht zu lösen; das Fragment wurde nekrotisch. Trotzdem war das schließliche funktionelle Resultat befriedigend; der Kranke geht gut und ohne Schmerzen. Die Fraktur entspricht der Anordnung der schräg verlaufenden Knochenbälkchen des Calcaneus und ist nicht vertikal zur Achse des Knochens, sondern transversal, schief nach unten und hinten.

Tschmarke (Magdeburg).

30) **Schipmann.** Zur Kasuistik der Brüche der Metatarsalknochen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 20.)

S. führt zu den früher von Stechow und Kirchner beschriebenen Fällen von Fußgeschwulst einen, wie er meint, dem ersten gleicher Art aus der Civilpraxis an.

Es handelte sich hier um einen 43jährigen Herrn, der beim ruhigen Gehen auf der Straße plötzlich von einem sehr heftigen Schmerz im vorderen Theile seines rechten Fußes befallen wurde. Erst längere Zeit nach diesem akuten Anfange gelang es S., eine harte, spindelförmige Anschwellung des 2. Metatarsalknochens zu fühlen, die die vordere periphere Hälfte desselben einnahm und sich bei der Röntgendurchstrahlung als umschriebener Callus erwies, nachdem S. ursprünglich mehr an eine Periostitis geglaubt hatte.

S. wendet sich dann gegen die Ausschließlichkeit der von Stechow und Kirchner angeführten, für die Entstehung der Fraktur in Betracht kommenden Momente, die es nicht erklären, warum nicht auch in der Civilpraxis die Fraktur häufiger beobachtet wird. — Tabes war in S.'s Falle ausgeschlossen.

Zum Schlusse führt S. noch einen 2. Pat. an, der in der Turnstunde beim Niedersprunge sich einen Bruch des 2. Metatarsalknochens zuzog.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

31) **C. Féré.** Note sur la rétraction de l'aponévrose plantaire.

(Revue de chir. 1899. No. 9.)

F. theilt die Krankengeschichte eines 58jährigen neuropathischen Mannes mit, bei dem gleichzeitig mit Retraktion der Palmaraponeurosen beider Hände auch ein gleicher Krankheitsprocess an den Plantaraponeurosen der Füße, und zwar besonders des linken, bestand. **Kramer** (Glogau).

Die Kritik des Herrn Dr. R. Panse.

Von

Prof. ***E. Küster*** *in Marburg.*

Herr Panse hat meinen Aufsatz »Osteoplastische Aufmeißelung des Warzenfortsatzes« (dieses Centralblatt 1899 No. 50) einer Kritik unterzogen, die in Form und Inhalt so herausfordernd ist, dass ich trotz meiner Abneigung gegen litterarische Fehden nicht stillschweigend an ihr vorübergehen kann.

Zunächst sei bemerkt, dass die Kritik in einem bedauernswerth schlechten Deutsch geschrieben ist. Einige Stilproben mögen das beweisen. »Der osteoplastische Lappen Küster's wird den so oft vorgelagerten Sinus verletzen«, heißt es; oder später: »Bei Fall IX geht die Knochenplatte verloren, eine Entstellung trat natürlich nicht ein, wie wir Ohrenärzte lange wissen«.

Diese Sätze mögen genügen, da sie die flüchtige Schreibweise des Verf. ausreichend kennzeichnen.

Was den Inhalt anbetrifft, so ist Herr Panse so gütig, meine im Jahre 1889 veröffentlichte Methode als »theoretisch richtig« anzuerkennen. Wenn er aber sofort hinzufügt, »dass bei chronischen Eiterungen die Mittelohrräume fast niemals ausheilten«, so hebt er diese Anerkennung sofort wieder auf. Aber woher weiß Verf. das? Aus meinen Mittheilungen sicher nicht; denn in meiner im Jahre 1889 erfolgten Veröffentlichung ist dargethan, dass in meinen Fällen über 76% dauernd und vollkommen zur Heilung gelangten. Das darf man doch unmöglich »fast nie« nennen.

Indessen der Hauptangriff Panse's richtet sich gegen die neue Abänderung meines Verfahrens. »Die Technik ist schlecht. Einmal trat vorübergehend Facialislähmung ein.« Es scheint Herrn Panse unbekannt zu sein, dass das auch den besten Ohrenärzten begegnet; so finden sich 2 Fälle bei Politzer (Hammerschlag[1]), 2 Fälle bei Stacke[2], endlich 1 Fall dauernder Lähmung — man staune — bei Panse[3] selber!

---

[1] *Hammerschlag, Die operative Freilegung der Mittelohrräume etc. Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 43.*

[2] *Stacke, Die operative Freilegung der Mittelohrräume etc. Tübingen, 1897.*

[3] *Panse, Stacke's Operationsmethode zur Freilegung der Mittelohrräume. Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XXXIV. 1893. Fall III.*

»Von den 9 Fällen wurde 2mal, vielleicht sogar 3mal der Sinus verletzt« (sic). Verf. kennt die ohrenärztliche Litteratur schlecht, wenn er sich den Anschein giebt, als käme das sonst nicht vor. Ich verweise ihn z. B. auf die neuerliche Veröffentlichung Hammerschlag's (1 Fall).

»Im Falle II musste zur Öffnung des Schläfenabscesses der Lappen wieder gehoben werden und war mit der oberen Basis sicher im Wege.« Woher weiß der Verf. das? Mir ist er nicht im Wege gewesen.

»Das Resultat ist nach der Abbildung jedenfalls kosmetisch schlechter, als nach Stacke's oder meiner Plastik.« Hätte Verf. seine Behauptung doch auch durch eine Abbildung belegt. So muss ich es ohne Beweis hinnehmen, dass meine Operirten zwar tadellos, seine Kranken aber noch tadelloser aussehen.

»Haut, Periost und Ohrmuschel deckt hinreichend.« Und wenige Zeilen später wird mir gewissermaßen ein Vorwurf daraus gemacht, dass ich »ein unteres Stück« (sic) des Knochenlappens entferne, um das Sekret nicht zurückzuhalten. Das ist offenbar ein Widerspruch; und eigentlich sollte Herr Panse doch erfreut sein, dass ich seinen Ansichten über die Entbehrlichkeit des Knochenlappens wenigstens mit einem »unteren Stück« entgegenkomme.

Offenbar scheint Herr Panse nicht zu wissen, dass ich bei schweren eitrigen Processen die hintere Gehörgangswand immer fortschlage, wie ich bereits 1889 mitgetheilt habe. Das hätte einem so scharfen Kritiker doch nicht entgehen sollen.

Zuletzt findet sich der Satz: »Warum der Lappen ‚antiseptisch' tamponirt, verstehe ich nicht.« Das würde ich auch nicht verstehen, falls ich mich wirklich so schlecht ausgedrückt hätte. Ich spreche von der Sicherheit der antiseptischen Tamponade bei Sinusverletzungen; und ich darf wohl Herrn Panse dahin belehren, dass man unter antiseptischer Tamponade chirurgisch die Tamponade mit antiseptischen Stoffen versteht.

Und nun der Angriff auf die Endergebnisse. Die Heilung soll in $^1/_3$ der Fälle ausgeblieben sein. Ich rechne nur, wenn man den für die Frage nicht verwerthbaren Fall II fortlässt, 2 ungeheilte Fälle auf 8 = 25% Misserfolge[4]. Aber es bleibt unerwähnt, dass die 3 Fälle, welche Herr Panse im Auge hat, erst in den letzten Monaten zur Operation kamen, und dass sie nur bei der Entlassung ungeheilt waren. So darf man indessen nicht Statistik treiben. Wenn ich eine gleiche Methode auf die Arbeit des Verf. aus dem Jahre 1893 anwende, so kommen — man staune — 37,25% Ungeheilter heraus; und dabei sind die Fälle, bei welchen eine schleimige Absonderung fortbestand und die Panse als geheilt bezeichnet, den Misserfolgen nicht zugerechnet. Im Grunde ist also seine Statistik viel schlechter, als die meinige, obwohl es sich bei mir um eine ganz kurze Beobachtungszeit handelt.

Doch genug von dieser Kritik, über die ich nur mein tiefstes Bedauern aussprechen kann, da sie, wie manche frühere aus des Verf. Feder, übereilig und ohne sachliche Prüfung nach vorgefassten Meinungen leicht hingeworfen ist. Er meint eben vor meinem Vorschlage nicht schnell genug warnen zu können. Vielleicht würde es sich aber doch empfohlen haben, seine Eile etwas zu mäßigen; dann hätte er wahrscheinlich eine Ausdrucksweise gefunden, welche die deutsche Sprache weniger misshandelt, als es leider geschehen ist. Vielleicht würde dann seine Kritik auch die Höflichkeit verrathen, welche man selbst einem wissenschaftlichen Gegner schuldig ist; und wenn gar die Auslassung eine etwas verminderte Dosis von Selbstbewusstsein erhalten hätte, so könnte das auf den Leser nur vortheilhaft wirken.

Marburg, den 20. December 1899.

---

[4] *Fall VII ist inzwischen vollkommen geheilt.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Bericht über die Verhandlungen
der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie,
XXVIII. Kongress,
abgehalten vom 5.—8. April 1899
im Langenbeck-Hause.

Beilage zum Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 27.

Inhalt.

1) **Schnitzler** (Wien). Zur Kenntnis der latenten Mikroorganismen.

Die Forschungsresultate Koch's und seiner Schule hatten die Annahme zur Geltung gebracht, dass im Innern gesunder Organe niemals lebensfähige Mikroorganismen sich befinden könnten, und insbesondere hatten die Untersuchungen von Meissner, Hauser u. A. gezeigt, dass die steril entnommenen Organe gesunder Versuchsthiere bakterienfrei seien. Dadurch musste man zu dem Schluss gelangen, dass die Anwesenheit von Mikroorganismen innerhalb von Organen mit Krankheit gleichbedeutend sei. Gegen diese Anschauungen hat sich nun eine Reaktion geltend gemacht. Dass bei gesunden Individuen, so wie insbesondere bei von den betreffenden Infektionskrankheiten Genesenen oft pathogene Bakterien (Diphtherie, Pneumoniediplokokken) an der Schleimhautoberfläche zu finden sind, ist heute anerkannt, erscheint allerdings viel bedeutungsloser als der von mehreren Autoren erhobene Befund von pathogenen Bakterien, speciell Tuberkelbacillen, in den Lymphdrüsen von frisch getödteten und bei der Sektion gesund gefundenen Versuchsthieren resp. von plötzlich gestorbenen nicht tuberkulösen Menschen (Perez, Pizzini). Französische Autoren (zuletzt Carrière und Vanvertz) sind dafür eingetreten, dass in der Lymphe, in der Milz und auch im Herzblut gesunder Versuchsthiere Mikroben zu finden seien. Neisser hat negative Versuchsergebnisse publicirt.

Ob in dem in klinischem Sinne gesunden menschlichen Organismus Bakterien latent vorhanden sein können, interessirt den Chirurgen insbesondere mit Bezug auf 2 Fragen: 1) die Entstehung der Osteomyelitis, speciell der sogenannten recidivirenden Osteomyelitis und 2) in Bezug auf die Späteiterungen bei Verletzungen, wie dies bei Eindringen von Fremdkörpern (Schusswunden, Ligaturen) so häufig beobachtet wird. Die bakteriologische Untersuchung allein lässt in solchen Fällen eine sichere Unterscheidung darüber nicht zu, ob früher einmal eingedrungene Mikroorganismen durch einen besonderen Anlass zur Virulenz erweckt worden sind, oder ob es sich um frisch eingedrungene Bakterien handelt, die sich an einem durch Trauma, Fremdkörper etc. prädisponirten Ort abgelagert haben. Garrè und Brunner haben auf die Schwierigkeit einer Entscheidung hingewiesen. Wesentlich werthvoller erscheint schon der mehrmals erhobene Befund von mehr oder weniger virulenten Eitermikroorganismen an alten, reaktionslos eingeheilten Ligaturen, die gelegentlich einer neuerlichen Operation entfernt werden (Tavel); in unter gleichen Verhältnissen zur Untersuchung gelangtem mörtelähnlichen Detritus im Bereich eines seit 1 Jahr völlig verheilten Operationsgebiets konnte Vortr. Staphylokokken im Zustand verminderter Virulenz nachweisen. Tuberkelbacillen wurden (von Kocher) ge-

legentlich eines orthopädischen Eingriffs 17 Jahre nach klinischer Ausheilung des tuberkulösen Processes nachgewiesen. Auch in einem scheinbar völlig ausgeheilten osteomyelitischen Herd konnte Vortr. Staphylokokken, und zwar nicht etwa während eines Recidivs, sondern $1^1/_2$ Jahr nach Ablauf aller entzündlichen Erscheinungen nachweisen. Solche Befunde sind wohl nur im Sinne einer Latenz von Mikroorganismen zu denken. Ein Weg, experimentell die Latenz der Bakterien im thierischen Organismus zu studiren, schien durch die bekannten Versuchsergebnisse von Wissokowitsch gegeben. Unter Beziehung auf diese hat Vortr. gemeinsam mit Ewald Untersuchungen darüber angestellt, wie lange nach vollzogener intravenöser Bakterieninjektion die betreffenden Bakterien im Knochenmark der Versuchsthiere (Kaninchen) zu finden sind. Mehrmals gelang dieser Nachweis noch relativ lange Zeit nach der Injektion (z. B. Sarcine nach 6 Tagen, Staphylococcus aureus nach 15 Tagen), ohne dass das Thier Krankheitserscheinungen gezeigt hätte. Vortr. hat aber dann gemeinsam mit seinem Assistenten Dr. Lenger versucht, die Latenz von Mikroorganismen im lebenden Thierkörper auf andere Weise nachzuweisen. Er ging von der Thatsache aus, dass manche Thiere gegen bestimmte Bakterienarten unter normalen Verhältnissen refraktär sind, während sie durch Hinzufügen einer besonderen Schädigung zur Erkrankung durch dieselbe Bakterienart disponirt werden. Durch Einschalten verschieden langer Zeiträume zwischen Bakterieninjektion und disponirender Schädigung konnte nun nachgewiesen werden, wie lange die betreffende Bakterienart in dem Thier lebens- und virulenzfähig geblieben war. So konnte z. B. bei Fröschen, denen Streptokokken injicirt worden waren, — diese Injektion allein hat keine schädlichen Folgen für den Frosch — durch Erwärmen im Brutapparat oder durch Chloroformnarkose sogar noch 4 Wochen nach vollzogener Injektion eine letale Streptokokkenerkrankung provocirt werden. Tödtet man einen Frosch, dem Streptokokken injicirt worden waren, und untersucht nach den üblichen Methoden Herzblut, Leber, Knochenmark, so findet man schon zumeist einige Tage nach der Injektion diese Organe keimfrei. Es liegt also in der Erzeugung der Disposition eine genauere Methode des Nachweises latenter Mikroorganismen als in den Züchtungsmethoden, und diese Thatsche giebt ja auch die Erklärung für bekannte klinische Erscheinungen (z. B. Entstehung von Osteomyelitis nach subkutanen Traumen) ab. (Selbstbericht.)

---

2) **P. L. Friedrich** (Leipzig). I. Bedeutung der Luftkeime für die Wundbehandlung. II. Bedingungen für das Zustandekommen der bakteriellen Resorption bei der Wundinfektion.

In Anlehnung an die Versuche, worüber zum vorjährigen Kongresse berichtet wurde, theilt der Vortr. die Ergebnisse neuer Ver-

suchsreihen mit, welche die Infektionsmechanik zum Gegenstand haben. Für die natürliche Infektion durch die Luft kommen nur Keime in Betracht, welche in der Luft suspensibel bezw. suspendirt sind. Aus dem Mund, vom Haupthaar etc. stammende und während der Operation eventuell das Wundgebiet erreichende Bakterien sind nicht zu den Luftkeimen zu rechnen; während unter letzteren sich nur in sehr geringer Zahl pathogene Keime nachweisen lassen, und auch diese fast ausnahmslos von geschwächter Virulenz sind, können die aus dem Mund etc. stammenden hochvirulente, an den Warmblüter angepasst, rasch proliferirende Keime sein. Die durch sie bedingten Infektionen sind vermeidbare, diejenigen durch die Luft nicht. Für Infektionen durch unmittelbar während des Operirens in den Kreislauf aufgenommene und anderswo im Organismus angesiedelte Keime, welche nachweislich nur der Luft entstammen konnten, existirt nicht eine einzige zuverlässige Beobachtung. Wie bei allen Infektionen, spielt aber neben der Art und Virulenz der Keime gewiss auch bei den Luftkeimen die Menge derselben eine Rolle. Da nun der verletzte Organismus schon in den ersten Stunden nach erfolgter Verletzung lebhafte Heilungsvorgänge durch Zellproliferation der fixen Gewebszellen, durch den chemischen Process baktericider Serumwirkung (vielleicht auch durch Mitwirkung der korpuskulären Elemente extravasirten Blutes, insbesondere der Leukocyten) auslöst, so ist es erwünscht, neben der Zahl der in der Zeiteinheit während des Operirens auffallenden Luftkeime ihre Vermehrungsgeschwindigkeit, damit die Bedingungen ihrer Mengenzunahme, mithin der Zunahme der Infektiosität und Infektionsgefahr festzustellen. Mehrere Wege führen zum Ziel; das Ergebnis der im Original genauer geschilderten Versuche ist, dass bis zur 7., 8. Stunde die aus der Luft auffallenden Keime absolut entwicklungslatent bleiben. Frühestens nach dieser Zeit greifen Vermehrungsvorgänge Platz. Hierin liegt ein sehr bedeutender Unterschied gegenüber der Proliferationsfähigkeit von an den Warmblüter schon angepassten Bakterien (in Speichel, Eiter, Haut). F. bezeichnet diesen Zustand der Luftbakterien, welcher erst die bezeichnete Anpassungszeit (Inkubationszeit) an feuchte Medien voraussetzt, um zur weiteren Bakterienentwicklung zu führen, als Trockenzustand der Luftkeime. In dieser zeitlichen Überlegenheit aber des die heilenden Zellvorgänge einleitenden Organismus gegenüber der Proliferationsfähigkeit der Luftkeime sieht F., neben den oben angeführten Thatsachen, einen weiteren Grund dafür, dass Luftinfektionen bei Operationen, wo jede Kontaktinfektion zuverlässig ausgeschlossen ist, das Heilresultat nicht nachweisbar beeinflussen.

In der 2. mitgetheilten Versuchsreihe geht F. von der klinisch schon lange und allseitig gewürdigten Thatsache aus, dass die in einem Verletzungs- oder Operationsbereich nothwendigerweise eintretenden Veränderungen des innergeweblichen Drucks von erheblicher mechanischer Bedeutung für Entwicklung, Fortschreiten und

Behandlung der Infektionen sind. Die Beobachtung im Mikroskop zeigt, dass bewegungslose Bakterien nicht ohne Gegenlager gegen ein anderes Zellelement eine Bewegungsrichtung zeigen. Jeder Widerstand wirkt bestimmend auf die Entwicklungsrichtung des neuen bakteriellen Einzelelements. Nur bei flüssiger Suspension ändern sich diese mechanischen Bedingungen; sie löst das Entwicklungsgefüge an einander gelagerter Keime auf. Flüssigkeitsansammlung, Druck und Gegendruck müssen sonach maßgebende mechanische Faktoren für Richtung und Wirkung bei der Infektion sein. Während die Versuche Schimmelbusch's in extremer Weise den Faktor des Drucks zur Erzielung rascher Bakterienaufnahme (»Einspritzen«, »Einreiben«, »Festzukleben« der Wunde) anwandten, suchte F. nach Möglichkeit jeden Druck auszuschalten, indem er Wunden (Schwanzwunden der Maus) in hochvirulente Milzbrandkulturemulsionen suspendirte. Auf Blutcoagula und andere die Bakterienberührung hemmende Momente wird naturgemäß entsprechende Rücksicht genommen (wie die Darstellung der Versuchseinzelheiten im Original zeigt). Es ergab sich nun, dass, während Schimmelbusch bei Amputation schon 10 Minuten nach erfolgter Bakterienapplikation oberhalb des Wundgebiets nicht mehr die Thiere vor Milzbrandallgemeininfektion schützen konnte zufolge innerhalb jener Zeit erfolgter Bakterienaufnahme, von F. die Wunden auf viel längere Zeit, zum Theil Stunden (s. die Originalarbeit), in die hochvirulenten Emulsionen suspendirt werden konnten, ohne dass, bei nachheriger Amputation des Infektionsgebiets, Infektion an Milzbrand erfolgte.

Dem Vortr. lag daran festzustellen, dass das, was von unter Druck stehenden Flüssigkeitsansammlungen im Allgemeinen gilt und der ärztlichen Praxis für die Therapie schon seit Alters geläufig, für das bakterielle Einzelelement und seine Resorbirbarkeit, damit Infektiosität im Besonderen in hohem Maße gilt. Die weiteren praktischen Konsequenzen werden im Vortrag dem entsprechend noch angedeutet. (Selbstbericht.)

---

3) **O. T. Lindenthal** und **F. Hitschmann** (Wien). Über die Gangrène foudroyante.

Die Untersuchungen, welche ich in Gemeinschaft mit Dr. Fritz Hitschmann im Wiener pathologischen Institut gemacht, und über welche ich hier zu berichten die Ehre habe, betreffen eine Wundinfektion der schlimmsten Art.

Diese Infektion, die Gangrène foudroyante, ist Ihnen Allen, trotzdem sie nicht allzuhäufig vorkommt, unter den verschiedensten Namen bekannt.

Zahlreiche Beobachtungen, besonders deutscher und französischer Autoren, sind in der Litteratur niedergelegt. Von diesen Allen will ich aus der vorbakteriologischen Zeit nur Pirogoff nennen, weil

er in geradezu klassischer Weise die Gangrène foudroyante beschreibt, aus der bakteriologischen Zeit E. Fränkel, weil er zuerst eine zusammenhängende Bearbeitung der Erkrankung auch in bakteriologischer Hinsicht gegeben hat.

Die Arbeit, über welche ich hier berichte, bestätigt die bakteriologischen Befunde Fränkel's, erweitert die anatomischen Kenntnisse und giebt zum ersten Mal eine Darstellung der mikroskopischen Gewebsveränderungen beim Menschen. Meinem Vortrag liegt das genaue Studium von 6 Fällen — ein relativ großes Material — zu Grunde. In allen diesen Fällen waren es jugendliche Individuen, welche eine komplicirte Fraktur mit mehr oder minder bedeutenden Quetschungen erlitten, an welche Verletzungen sich die Gangrène foudroyante, wie die Erkrankung von Maisonneuve genannt wurde, anschloss. Meine klinischen Kenntnisse der Gangrène foudroyante beschränken sich auf die mir von den chirurgischen Abtheilungen mitgetheilten Krankengeschichten so wie auf die in der Litteratur enthaltenen Beschreibungen. Aus diesem Grunde würde ich hier auf die Klinik dieser Erkrankung nicht näher eingehen und mich begnügen, an eigene Erfahrung und an die Beschreibung Pirogoff's zu appelliren, wenn nicht der Standpunkt des Letzteren vielfach, und wie wir sehen werden, mit Unrecht, verlassen und dadurch eine unrichtige Auffassung bezüglich der Stellung der Gangrène foudroyante zu den anderen Wundinfektionen stattgefunden hätte.

Während nämlich Pirogoff diese Infektion als primär mephitischen traumatischen Brand beschreibt und vollständig getrennt von den mit Entzündung einhergehenden Wundkrankheiten abhandelt, identificiren die späteren Chirurgen die Gangrène foudroyante mit dem akut purulenten Ödem Pirogoff's, halten sie für eine besonders schwere Form der Phlegmone und widersprechen so der Ansicht Pirogoff's, zu welcher dieser, bei dem vollständigen Fehlen der mikroskopischen und bakteriologischen Hilfsmittel lediglich gestützt auf seine bewunderungswürdige Beobachtungsgabe, gelangt war. Offenbar waren es Mischinfektionen, welche, Mangels bakteriologischer Untersuchung als solche nicht erkannt, zu der falschen Auffassung führten.

Die Gangrène foudroyante schließt sich zumeist an schwere Verletzungen der Weichtheile der Extremitäten, oft kombinirt mit Knochenbrüchen, an, an offene Wunden, welche mit Erde oder Staub in Berührung gekommen sind; die Schwere der Verletzung ist jedoch für das Zustandekommen der Erkrankung keine, wie vielfach angenommen wurde, nothwendige Bedingung, indem die Infektion mit den specifischen Mikroorganismen durch sehr geringfügige Insulte, wie z. B. durch die Nadel einer Pravaz'schen Spritze, genügt, das schwere Krankheitsbild hervorzurufen.

Sehr kurze Zeit nach der Infektion, zumeist innerhalb 48 Stunden, entwickelt sich eine diffuse, ödematöse Anschwellung der von der Verletzung betroffenen Extremität; die Haut erscheint eigenthümlich

verfärbt, die Epidermis in Blasen abgehoben, die subkutanen Venen schimmern bläulich durch, und beim Betasten fällt die Kälte, die Gefühllosigkeit so wie Knistern unter der Haut auf, welches sich bald auf weite Strecken hin nachweisen lässt.

Die Allgemeinerscheinungen sind nicht konstant, immer sind die Symptome einer schweren Intoxikation vorhanden, das Gesicht ist blass, von kaltem Schweiß bedeckt, der Puls ist klein, jagend, das Sensorium benommen, oder der Pat. ist bei vollständigem Bewusstsein, klagt über keinen Schmerz; häufig entwickelt sich rasch Ikterus, und bei vollständiger Euphorie tritt nach kurzer Zeit der Tod ein.

In den meisten Fällen ist die Temperatur normal, manchmal sogar subnormal. Es fehlen also alle klinischen Erscheinungen der Entzündung bei der reinen Form der Gangrène foudroyante, von welcher ich einstweilen spreche.

Der lokal anatomische Befund entspricht der Beobachtung am Lebenden; die bleigraue Haut ist durch die durchscheinenden Venen marmorirt, luftkissenartig von ihrer Unterlage abgehoben. Beim Einschneiden entweicht Gas und trübe serös-hämorrhagische Flüssigkeit. Die Gasblasen sitzen, wie der Durchschnitt zeigt, in großer Menge in dem lockeren subkutanen Zellgewebe und in der Muskulatur. Diese ist dunkelbraun verfärbt, in Zerfall begriffen und bald trocken und brüchig, bald matsch und zerfließend. Die Venen sind thrombosirt, das Knochenmark im Bereich der Kontinuitätstrennung dunkelbraun, oft zerfließend.

In den inneren Organen findet sich trübe Schwellung und parenchymatöse Degeneration. Ferner Blutungen in die serösen Häute; ein Milztumor fehlt.

Die Gefäße so wie die inneren Organe können Gas enthalten, wenn die specifischen Bakterien präagonal in die Blutbahn gelangt sind; es entstehen dann postmortal die sog. Schaumorgane.

Während des Lebens gehen die Bakterien im kreisenden Blut rasch zu Grunde. Die Infektion schreitet ausschließlich auf dem Wege der Lymphbahnen vorwärts.

Wenn ich von den genannten Veränderungen die während des Lebens auffallendsten betonen will, sind dies die progrediente Nekrose und Gasbildung.

Ein besonderes Interesse verdient aber das Fortschreiten dieser für die Gangrène foudroyante charakteristischsten Symptome nach dem Tode.

Die Wirksamkeit der specifischen Bakterien ist demnach nicht an vitale Funktionen gebunden, und die anatomisch so wie histologisch identischen Veränderungen können durch dieselben auch noch nach dem Tode hervorgerufen werden.

Dieses Moment ist zum Verständnis des ganzen Processes wichtig und geeignet, ihn als einen reinen Vergärungsprocess darzustellen.

Die histologische Untersuchung, gleichviel ob das Gewebe dem lebenden Individuum oder dem Kadaver entnommen wurde, zeigt Zerfall der Muskulatur in Schollen und Fibrillen, vollständiges Fehlen der Färbbarkeit der Muskelkerne, Gasblasen in der Muskulatur und im Zellgewebe. Im Gewebe vom lebenden Individuum außerdem Blutungen und seröse Durchtränkung; jede nennenswerthe Infiltration fehlt.

Bakterien einer Art lassen sich in großen Mengen im Gewebe zwischen den Muskelbündeln, besonders reichlich in den Gasblasen nachweisen, fehlen jedoch innerhalb der Gefäße.

Hauptsächlich befallen zeigt sich anatomisch und histologisch das Muskelparenchym, weniger das Bindegewebe.

In Fällen von Mischinfektion sind klinisch, anatomisch und histologisch neben den beschriebenen Veränderungen die Merkmale der Entzündung und Eiterung zu finden.

Was die Ätiologie der Gangrène foudroyante betrifft, so fanden Hitschmann und ich in 5 der untersuchten 6 Fälle ein anaërobes Bakterium, und zwar 4mal in Reinkultur; im 6. Falle das Bacterium coli commune als Erreger.

Das streng anaërobe Bakterium ist ein ziemlich großer, plumper Bacillus mit abgerundeten Enden; er färbt sich leicht mit allen Anilinfarbstoffen, verhält sich positiv zur Gram'schen Färbung, ist unbeweglich, besitzt keine Kapsel und Geißeln und bildet weder in der Kultur noch im Thier- und Menschenkörper Sporen.

Er vergärt Kohlehydrate unter Bildung von Buttersäure und Wasserstoff und vergärt auch intensiv Eiweißkörper.

Sein Vorkommen in der Außenwelt ist häufig, und waren wir im Stande, ihn aus dem menschlichen Darm so wie aus der Erde zu züchten.

Der Bacillus ist hochpathogen für Meerschweinchen; Kaninchen verhalten sich stets, Mäuse häufig refraktär.

Der Bacillus wurde kulturell aus dem erkrankten Gewebe gezüchtet, histologisch in demselben nachgewiesen, und mit demselben bei Meerschweinchen ein Krankheitsbild experimentell hervorgerufen, welches klinisch, anatomisch und auch histologisch dem Menschen identisch ist, so dass der ätiologische Zusammenhang desselben mit der Gangrène foudroyante in den in Frage kommenden Fällen sichergestellt erscheint.

Einen nahe verwandten Bacillus haben Welch und Flexner, einen identischen Bacillus E. Fränkel bei derselben Erkrankung gefunden. Fränkel beobachtete 4 Fälle von Gangrène foudroyante, unter diesen einen Fall von Reininfektion, bei welchem Eiterung vollständig fehlte, wesshalb Fränkel zum ersten Mal nach Pirogoff die Phlegmonen von den Gasphlegmonen, wie er die Gangrène foudroyante bezeichnet, abtrennt. Hierdurch, so wie durch das Studium der Ätiologie hat Fränkel sich unzweifelhaft Verdienste um die Kenntnis der Gangrène foudroyante erworben.

Mangels histologischer Untersuchungen an Menschen stützt sich seine Trennung der Phlegmonen von der Gangrène foudroyante nur auf das grobanatomische Verhalten und auf das Studium des Thierversuchs.

In dem 6. Falle, der zur Untersuchung kam, fanden wir als Erreger, wie bereits erwähnt, das Bacterium coli commune, da dem gleichzeitig vorhandenen Streptococcus hier keine ätiologische Bedeutung zuzusprechen ist. Aber auch das Bacterium coli kommt nur unter ganz bestimmten Verhältnissen, wie sie eben in unserem Falle und in einem Falle Chiari's aus der Klinik Gussenbauer vorgelegen haben, als Erreger der Gangrène foudroyante in Betracht, ich meine die diabetische Diathese.

Für die Entwicklung von Gas im menschlichen Gewebe durch Bacterium coli muss nach unseren diesbezüglichen Versuchen der Diabetes als Bedingung, nicht bloß als Prädisposition aufgefasst werden; denn Bacterium coli vermag nur zuckerhaltiges Gewebe, Kohlehydrate zu vergären, nicht aber Eiweißstoffe; und für einen Gärungsprocess halten wir die Gangrène foudroyante; dem entsprechend war das klinische Bild der Coligangrän, eben so wie der anatomische und histologische Befund analog dem der durch die Anaëroben erzeugten Gangrène foudroyante; dieselbe Progredienz des Processes, dieselbe Nekrose und Gasbildung war in diesem Falle nachweisbar. Histologisch zeigten sich auch hier die Muskelfasern in scholligem Zerfall, Verlust der Kernfärbbarkeit, so wie Gasblasen im Gewebe; daneben bestand Rundzelleninfiltration, wie in dem Falle von Mischinfektion von anaëroben Stäbchen mit aëroben Eiterkokken.

Diesen Fällen eigener Beobachtung muss ich aus der Litteratur noch Fälle von Gangrène foudroyante hinzufügen, welche klinisch und anatomisch analog verlaufen sind, in welchen aber die Ätiologie eine andere war.

Ich meine die Infektionen mit dem Bacillus des malignen Ödems so wie mit dem Bacillus proteus (Hauser).

Infektionen mit dem erstgenannten Bakterium sind mehrfach beschrieben, und geht aus diesen Beschreibungen hervor, dass die von ihnen erzeugte Erkrankung als identisch mit der Gangrène foudroyante, hervorgerufen durch unseren Bacillus, anzusehen ist, und somit die Berechtigung fehlt, das maligne Ödem als eine eigene Erkrankung aufzufassen.

Dasselbe gilt von der sehr seltenen Infektion mit dem Bacillus proteus, welcher unter uns allerdings unbekannten Verhältnissen gelegentlich schwere Wundinfektionen mit progredienter Nekrose und Gasbildung zu erzeugen vermochte. Als Erreger der Gangrène foudroyante wurde er bisher nur von Grassberger in seinen 2 Fällen bezeichnet; diesen Fällen möchte ich noch die Beobachtung von v. Dungeren und Bunge hinzurechnen, welche bisher in der Litteratur als Coliphlegmonen geführt wurden. Diese Autoren schrieben nämlich trotz des fehlenden Diabetes dem Bacterium coli

eine ätiologische Bedeutung in ihren Fällen zu und hielten die gleichzeitig gefundenen Proteusbacillen für einen bloßen Nebenbefund.

Fasse ich die Ergebnisse unserer Untersuchungen in Kürze nochmals zusammen, so wären dieselben folgende:

1) Die Gangrène foudroyante ist eine durch progrediente Nekrose und primäre Gasbildung im Gewebe ausgezeichnete Wundinfektion. Die Infektion erfolgt zumeist nach Verletzungen, durch Verunreinigung offener Wunden mit Staub und Erde. Sie breitet sich außerordentlich rasch auf dem Wege der Lymphbahnen aus und tödtet unter dem Bilde einer Intoxikation.

Die Sektion ergiebt entweder nur Degeneration der parenchymatösen Organe oder, wenn die Bakterien präagonal in die Blutbahn gelangt sind, Schaumorgane.

2) Die reine Form der Gangrène foudroyante ist eine von den Phlegmonen sowohl klinisch und ätiologisch, als auch anatomisch und histologisch ganz verschiedene Infektion; sie stellt im Wesentlichen eine einfache Vergärung des Muskelglykogens und Muskeleiweißes dar und verschont zum größeren Theil das Bindegewebe, ist daher vorwiegend eine Parenchymerkrankung.

Klinisch verläuft sie ohne die bekannten Zeichen der Entzündung.

Incisionen und die Untersuchung an der Leiche zeigen, dass Eiterung vollständig fehlt; bei der mikroskopischen Untersuchung sieht man dann, dass auch jede nennenswerthe Infiltration fehlt; das Gewebe ist vielmehr kernlos und die Struktur der Zellen ist bei Erhaltung ihrer äußeren Form verloren gegangen.

3) Mischinfektionen kommen vor und bieten neben den charakteristischen Veränderungen der Gangrène foudroyante, das sind Gasbildung und Nekrose, noch die Zeichen der Entzündung.

4) Die Gangrène foudroyante stellt einen Sammelbegriff dar, unter welchem die klinisch, anatomisch und histologisch einheitlichen, ätiologisch aber differenten Infektionen subsumirt werden.

Bisher sind als Erreger der Gangrène foudroyante gefunden worden

a. die von Welch und Flexner, von E. Fränkel und uns beschriebenen anaëroben Bacillen;

b. die Bacillen des malignen Ödems;

c. in sehr seltenen Fällen der Bacillus proteus und

d. des Bacterium coli commune bei Diabetes.

5) In klinischer Hinsicht ergiebt sich, dass die Gangrène foudroyante eine der bösartigsten Wundinfektionskrankheiten darstellt. Bei Weitem der größte Theil der zur Kenntnis gelangten Infektionen endete letal; nur einzelne der frühzeitig Amputirten wurden gerettet.

Incisionen, so wie die ausgiebige Anwendung von Antisepticis waren ohne Einfluss, indem hierdurch der Process nicht aufgehalten wurde.

Frühzeitige Amputation, so lange die Operation noch im gesunden Gewebe möglich ist, erscheint daher als wirksame Therapie.

6) Die klinische Diagnose des Processes lässt sich leicht aus der primären Gasbildung und der progredienten Nekrose stellen; erhärtet wird dieselbe durch die bakteriologische Untersuchung.

(Selbstbericht.)

4) **F. Franke** (Braunschweig). Über einige chirurgisch wichtige Nachkrankheiten der Influenza.

Bei der Besprechung einiger chirurgisch wichtiger Nachkrankheiten der Influenza macht F. zuerst darauf aufmerksam, dass es eine Anzahl nervöser, auf wirklicher Neuritis beruhender Erkrankungen giebt, die chirurgische Leiden vortäuschen können. Die von ihm schon früher beschriebene typische Erkrankung der vorderen Gaumenbögen führt mitunter zu Erstickungsangst, die Erkrankung der Zunge zu so heftigen Beschwerden, dass, natürlich erfolglos, operirt wurde. Neuritis der Interkostal- und Lumbalnerven täuschte Peritonitis (zur Operation geschickt) und Appendicitis vor, Neuritis des N. axillaris chronischen Rheumatismus der Schulter, des N. obturatorius Kniegelenksleiden.

6mal hat F. das von ihm früher nie gesehene Ulcus perforans nasi beobachtet, 4mal während bezw. direkt im Anschluss an die Influenza, die beiden anderen Male bei Solchen, die schon früher Influenza überstanden hatten.

Die eitrigen Otitiden, das Pleuraempyem werden nur gestreift als zu bekannt.

Die Knochenerkrankungen haben meist einen gutartigen Charakter; es kommt selten zur Vereiterung und Sequestrirung; gewöhnlich ist die Entzündung eine plastische. Am häufigsten waren die Fußknochen und das Schienbein erkrankt, doch auch die anderen Knochen bis herauf zum Schädel blieben nicht verschont. Öfters trat die Knochenentzündung familienweise auf. Bisweilen erinnerte der Verlauf an den der Knochentuberkulose. Eine besondere Form ist die Periostitis nodosa, 2mal sehr ausgeprägt am Schädel beobachtet, und die zum Theil der gichtischen Verdickung der Phalangenenden, zum Theil der Spina ventosa (tuberculosa) ähnelnde Form der Ostitis der kleinen Röhrenknochen. Die mehrfach beobachteten Gelenkerkrankungen waren stets ostalen Ursprungs.

Die so häufigen Fußsohlen- bezw. Hackenschmerzen der Influenza-Kranken beruhen theils auf Fasciitis plantaris (z. Th. nodosa), theils auf Neuritis plantaris (in einem Falle durch Freilegung Behufs Dehnung der Nerven sichergestellt), theils auf Periostitis des Calcaneus.

Die öfters beobachtete »Fußgeschwulst« beruht auf Ostitis der Fußwurzel- bezw. Mittelfußknochen, wie mehrfache Operationen gezeigt haben.

In einigen Fällen trat im Gefolge der Influenza nichteitrige Myositis und Bursitis, auch Tendovaginitis auf.

In den vereiterten Fällen von Ostitis bezw. Periostitis wurden entweder gar keine oder nur spärliche Staphylokokken gefunden: es handelt sich wahrscheinlich um eine Mischinfektion. Es wurden nur wenig Fälle bakteriell untersucht. Die Untersuchung auf Influenzabacillen konnte leider nicht genau erfolgen.

Die Behandlung hat hauptsächlich in größter Ruhe und Schonung zu bestehen; für die Fußsohlenschmerzen eignen sich am besten gut unter den Schuh genähte (nicht aufgeschraubte) weiche Gummisohlen.

(Selbstbericht.)

5) C. **Benda** (Berlin). Knochentuberkulose und akute Miliartuberkulose.

Die Chirurgen haben seit Langem eine unmittelbare Beziehung zwischen akuter Miliartuberkulose und tuberkulösen Gelenk- und Knochenerkrankungen angenommen. Volkmann, Hueter und König sind dafür eingetreten, dass Operationen das Auftreten der akuten Tuberkulose hervorrufen können, indem Bacillen durch die Operation in verletzte Venen hineingetrieben werden. Durch die Arbeiten Carl Weigert's und seiner Schüler war diese Auffassung zweifelhaft geworden. Wir wissen jetzt, dass nur die größten Gefäße, das Herz und der Ductus thoracicus Einbruchsstellen für die akute Miliartuberkulose sein können, und dass das ganze Bacillenmaterial für die Infektion des Körpers ungefähr auf einmal einbrechen muss, da die Bacillen sich im Blutstrom nicht vermehren. Die Knochenvenen sind danach von zu kleinem Kaliber, die Knochenherde zu bacillenarm, um unmittelbar die Infektionsquelle abzugeben. Wartmann und neuerdings Hanau sind danach der Ansicht, dass man bei sorgfältigem Suchen stets eine andere Einbruchsstelle finden muss, wenn im Anschluss an Knochentuberkulose akute Miliartuberkulose auftritt.

B. hat 3 Fälle von akuter Miliartuberkulose secirt, die im Anschluss an tuberkulöse Knochenkrankheiten auftraten, 2mal nach Coxitis, 1mal nach Wirbelcaries. Die beiden ersteren Fälle waren vielfach chirurgisch in Angriff genommen, die Wirbelcaries dagegen vor der tödlichen Tuberkulose gar nicht diagnosticirt. In allen 3 Fällen konnte eine weit von dem Knochenherd abgelegene tuberkulöse Gefäßerkrankung nachgewiesen werden, die nach ihrem kolossalen Bacillengehalt und der Lagerung der Bacillen zum Lumen als Einbruchsstellen der Tuberkulose in Weigert's Sinne zu betrachten waren. In 2 Fällen lag die betreffende tuberkulöse Ulceration im Herzen (1mal an der Mitralis, 1mal an der Aortenklappe), das 3. Mal im Hauptstamm der linken unteren Lungenvene. (Demonstration der makroskopischen Präparate zweier Fälle, Zeichnungen und Photogramme.) Trotzdem hält B. das Zusammentreffen der Gefäßtuberkel und der Knochencaries nicht für zufällig. Dagegen spricht schon B.'s Statistik. Er fand unter 7 Fällen von Blutgefäßtuberkulose 3mal Knochentuberkulose als Primär-

erkrankung, dagegen unter 10 Fällen von Tuberkulose des Ductus thoracicus kein einziges Mal!

B. ist durch Studien über die Genese der Gefäßtuberkel zu dem Resultat gelangt, dass dieselben meistens nicht, wie Weigert annahm, durch Durchwachsung der Gefäßwand seitens eines extravaskulären Herdes zu Stande kommen. Die Mehrzahl der Gefäßtuberkulosen nimmt ihre Entwicklung von der Intima aus. Sie sind als tuberkulöse Metastasen zu betrachten, die durch Infektion der Gefäßwand vom strömenden Blut her entstanden sind. Es ist klar, dass für diese Infektion nur vereinzelte, gelegentlich in den Blutstrom gerathene Bacillen nöthig sind, und es ist sehr wohl verständlich, dass die Knochenvenen durch ihre anatomischen Verhältnisse einerseits überhaupt, besonders aber bei zufälligen und chirurgischen Traumen als Eingangsstelle für eine solche gelegentliche Infektion des Blutes äußerst geeignet sind. Ist einmal eine solche Metastase in der Gefäßwand entstanden, so kann sie eine Anreicherungsstätte für die Tuberkelbacillen bilden, in der letztere geradezu nach B.'s Untersuchungen als Reinkulturen wachsen (hierzu mikroskopische Demonstration). Sie sind dann im Stande, bei eintretender Ulceration des Gefäßtuberkels den Blutstrom mit Bacillen zu überschwemmen und so die akute Allgemeintuberkulose zu erzeugen. Auf diesem Wege der Erkenntnis dürfte sich eine Vermittlung zwischen chirurgischen und pathologischen Erfahrungen anbahnen lassen.

(Selbstbericht.)

---

6) **H. Küttner.** Die Osteomyelitis tuberculosa des Schaftes langer Röhrenknochen.

So häufig die Tuberkulose das Mark der kurzen Röhrenknochen befällt, so selten lokalisirt sie sich an gleicher Stelle bei langen Röhrenknochen. Auf 2127 Fälle von Knochen- und Gelenktuberkulose an Extremitäten kamen in der Bruns'schen Klinik nur 6 Fälle von Osteomyelitis tuberculosa = 0,28 %; doch muss dabei gewiss zugegeben werden, dass hier und da vielleicht eine solche Osteomyelitis nicht als tuberkulös erkannt worden ist. Absehen muss man natürlich von der akuten Miliartuberkulose und von den nicht so seltenen Fällen, wo der Process sich in der Spongiosa der Diaphyse lokalisirt.

Es giebt eine primäre, im Mark der Diaphyse entstandene Tuberkulose und eine sekundäre, die von erkrankten Gelenken oder Spongiosaherden auf den Markkanal sich fortsetzt. Einen prägnanten Fall von primärer tuberkulöser Diaphysenosteomyelitis hatte Vortr. Gelegenheit zu operiren. Es handelte sich um ein 12jähriges, weder erblich belastetes, noch sonst tuberkulöses Mädchen, bei dem eine Verdickung der oberen Tibiahälfte, eine Verlängerung des Knochens um 1 cm und eine fistulöse Eiterung bestand, die von mehreren Sequestern unterhalten wurde. Die Epiphysen und die Spongiosa der Diaphyse waren vollständig frei. Weder der lokale Be-

fund noch das Röntgenbild (Demonstration) ließen den Verdacht einer tuberkulösen Affektion aufkommen; derselbe wurde erst bei der Operation rege, da die Sequester (Demonstration) auffallend porös waren und in allen Lücken und Poren fest haftende tuberkulöse Granulationen enthielten.

Die primäre Osteomyelitis tuberculosa tritt außer in circumscripten Herden auch als diffuse Markerkrankung und häufiger noch als tuberkulöser Knochenabscess oder als eine Art Spina ventosa langer Röhrenknochen in Erscheinung. Sie befällt ausschließlich Kinder, und zwar sind die Kinder fast durchweg schwer tuberkulös. Dass das Leiden, wie in dem mitgetheilten Falle, bei einem erblich nicht belasteten, sonst vollständig gesunden Individuum auftritt, ist ganz außergewöhnlich. Das Hauptinteresse derartiger Fälle liegt in der Diagnose; hilft das Vorhandensein anderweitiger Tuberkulosen nicht auf die richtige Spur, so kann es vor der Operation unmöglich sein, die tuberkulöse Natur des Leidens zu erkennen; und doch ist dies natürlich für die Prognose von großer Bedeutung, wenn auch die Chancen für die lokale Ausheilung im Wesentlichen von der Ausdehnung des Processes abhängen und bei umschriebener Erkrankung nicht ungünstig sind.

Der primären steht die sekundäre Osteomyelitis tuberculosa gegenüber, welche von erkrankten Gelenken oder Spongiosaherden aus das Mark des Schafttheils ergreift. In Betracht kommen hier nicht die ziemlich häufigen Fälle, wo eine Gelenktuberkulose sich auf Epiphyse und Spongiosa der Diaphyse fortsetzt, sondern nur die glücklicherweise sehr viel selteneren Formen, wo die progressive infiltrirende Tuberkulose große Strecken des Marks diffus befällt und so zur eigentlichen sekundären Osteomyelitis tuberculosa wird. In der Bruns'schen Klinik sind 5 derartige Fälle zur Beobachtung gekommen, von denen 1 den Humerus, 1 die Tibia und 3 das Femur betrafen.

Bei sämmtlichen Patt. bildete eine Gelenktuberkulose den Ausgangspunkt des Processes; und zwar bestätigte sich die Erfahrung König's, dass die Gelenkerkrankung meist mit Eiterung, und zwar mit offener Eiterung einhergeht. Anatomisch findet man das Knochenmark auf große Strecken in eine sulzige fungöse Granulationsmasse verwandelt, die von größeren und kleineren Eiterherden durchsetzt ist, eine wahre Osteomyelitis tuberculosa purulenta (König). Das Bild hat große Ähnlichkeit mit der trockenen Form der infektiösen Osteomyelitis. (Demonstration von Abbildungen und Präparaten.)

Von Bedeutung ist die sekundäre progressive Osteomyelitis tuberculosa weniger für die Diagnose als für Prognose und Therapie. Die Fälle der Bruns'schen Klinik sind die besten Beweise dafür. Bei einem Pat. mussten nach der tiefen Oberschenkelamputation noch 4 Scheiben des Femurschaftes abgetragen werden, weil der Process sich 21 cm weit in die Diaphyse hinein erstreckte. In einem

2. Falle reichte der Process sogar 29 cm weit nach aufwärts bis nahe an die Spongiosa des oberen Femurendes, und in dem einzigen Falle, der sich noch zur Resektion eignete, musste außer dem Humeruskopf noch ein 8 cm langes Stück der Diaphyse abgetragen und eine 4 cm lange Strecke ausgelöffelt werden. Aus diesen Beispielen erhellt, dass die sekundäre Marktuberkulose eine sehr schwere Erkrankung darstellt, und das Wort König's besteht zu Recht: »Es ist ein Glück für konservative Chirurgie und Lebenserhaltung, dass solche Fälle von Ergriffensein des Schaftes großer Röhrenknochen nur sehr selten vorkommen«. (Selbstbericht.)

---

7) **Gocht** (Würzburg). Über Blutergelenke und ihre Behandlung.

Nach Bekanntgabe der Krankengeschichten von 3 Pat., die in der Klinik von Prof. Hoffa in Behandlung gestanden haben, werden zunächst die Stammbäume der beiden Bluterfamilien demonstrirt, welche das von Grandidier formulirte Vererbungsgesetz bei Hämophilie vollkommen bestätigen. Sodann werden auf Grund der Eintheilung, die König gegeben hat, die klinischen Symptome und die pathologisch-anatomischen Befunde besprochen; besonders instruktiv sind die Röntgenbilder in dieser Beziehung, die von den verschieden schwer erkrankten Kniegelenken angefertigt waren.

Nach ausführlicher Darlegung der Schwierigkeiten, die sich oft bezüglich der Diagnose bei Blutergelenken ergeben, wird noch im Allgemeinen Folgendes konstatirt: Die Blutergelenke gehören zu den häufigsten Symptomen der Hämophilie und treten meist früh, in der Zeit des Gehenlernens in Erscheinung; die Kniegelenke sind ganz besonders dafür beanlagt. Fast ausnahmslos sind an den intraartikulären Blutungen Traumen größerer oder geringerer Art Schuld; die Disposition zu Gelenkblutungen nimmt mit zunehmendem Alter ab.

Eingehend wird zum Schluss die Therapie besprochen. Dabei spielt die Prophylaxe eine große Rolle. Bei frischen Gelenkblutungen muss man im Allgemeinen das Gelenk ruhig stellen, Kompression ausüben, feuchtwarme Umschläge oder Eis appliciren. Mitunter ist auch ein vorsichtiger Gebrauch des befallenen Gelenks gestattet. Außerdem muss man für Kräftigung der central vom Gelenk gelegenen Muskeln durch Massage, Elektricität etc. sorgen.

Wiederholen sich die Ergüsse, werden sie nur langsam resorbirt, bildet sich Kontrakturstellung aus, so tritt die orthopädische Behandlung in den Vordergrund. Punktionen der Gelenke sind möglichst zu vermeiden, eben so alle gewaltsamen Manipulationen. Ist es bereits zu bleibenden Deformitäten der Gelenke gekommen, so sind einzig und allein Schienenhülsenapparate am Platze, die, gut und exakt gearbeitet, durch allmählichen Zug den Gelenken wieder ihre Stellung verschaffen.

Die Erfolge an den 3 Patt., deren Kniegelenke wieder vollkommen gerade gestreckt sind, werden durch Photographien belegt und empfehlen die Güte dieser mechanischen Therapie. (Selbstbericht.)

---

8) **F. König** (Berlin). Zur Geschichte der Gelenkkörper.

Der pathologische Vorgang, welcher in den menschlichen Gelenken zur Bildung von freien Körpern aus der Oberfläche der Gelenkenden führt, wurde von mir (1887) als Osteochondritis dissecans bezeichnet, fast gleichzeitig von Kragelund beschrieben, aber auch schon früher von anderen Autoren (Toulliėt und Vaillard, Klein, vor Allem Virchow) mehr oder weniger eingehend besprochen.

Seit 20 Jahren habe ich 70 Gelenkkörper beobachtet und operirt, auf Grund deren ich heute auch ein klinisches Bild gebe. 60 Fälle spielten in Knieen und Ellbogen, welche wir für die Besprechung grundlegend machen. Von diesen Fällen sind 16 zweifellos traumatischer Entstehung, 8 gehören ätiologisch der Arthr. deformans an. Es bleiben 36 osteochondritische Körper übrig, 19 im Knie, 17 im Ellbogengelenk.

Der krankhafte Process bevorzugt in auffallender Weise das Jünglingsalter. Von unseren 36 Körpern fanden sich 22 im 2. Jahrzehnt. Im Ellbogengelenk ist nur 1 Kranker über 20 Jahre (22 Jahre). 10 Pat. sind 16 Jahre alt. 31 von allen Kranken sind unter 30 Jahren, die übrigen wenig darüber.

Unter den 36 Fällen sind nur 3 Frauen. Unter den Ellbogenerkrankten ist überhaupt keine Frau.

Klinisch wird die Krankheit oft eingeleitet durch vage Gelenkschmerzen in verschiedenen Gelenken, als rheumatische gedeutet. Bald werden aber die Schmerzen lokalisirt, und dazu kommen eigenthümliches Gefühl von Knacken im Gelenk. Zuweilen ist das Knacken auch hörbar.

In der Regel leidet nun auch die Funktion, und zumal am Ellbogen sind die Enden der Bewegung — zumal die Streckung — gehindert. Dazu gesellt sich öfters Hydrops. Dazu kommen nun in späterer Zeit, wenn der Körper sich löst, die bekannten Erscheinungen der Gelenkmaus. Dies Stadium tritt entweder spontan, öfters auch nach einer Distorsion, einem Fall etc., also nach einem leichten Trauma ein.

Ich habe unter 36 Fällen (Kranken) 48 Körper beobachtet, von welchen 21 noch mehr oder weniger verwachsen, 27 frei waren. Unter diesen 21 Verwachsungen fanden sich 2 Kapselverwachsungen (sekundär). Diese Formen vertheilten sich auf die Gelenke so, dass im Ellbogen 12 verwachsene, 6 freie, im Knie 9 verwachsene, 21 freie waren.

12 von den verwachsenen Körpern lagen noch mehr oder weniger fest in ihrer Nische, ihrem Lager, die übrigen waren bereits gestielt.

Anatomisch kann man in dem Verhalten der Körper zur Gelenkoberfläche 3 Stadien unterscheiden.

1. Stadium. Der Körper sitzt noch vollkommen der Gelenkoberfläche an. Man gewahrt nur in seiner Peripherie einen mehr oder weniger breiten Knorpelspalt. Setzt man einen Meißel, ein Elevatorium in denselben, so kann man denselben herausheben; das ihn mit der zurückbleibenden Fläche verbindende Bindegewebe zerreißt.

2. Stadium. Der Körper hat sich aus der Oberfläche erhoben und breit gestielt. Granulationsgewebe verbindet ihn mit der Oberfläche (Riesenzellen). So wird der Körper allmählich gelöst, die zunächst weiche Oberfläche, von welcher er sich löst, benarbt bindegewebig, er fällt ab oder geht über in das

3. Stadium. Er hängt mit einem mehr oder weniger dünnen Stiel noch mit der alten Oberfläche zusammen.

Hat er sich gelöst, so geht dies vor sich durch den bekannten dissecirenden Process.

Die Körper sind von verschiedener Größe, nach dem Gelenk hin in der Regel konvex, nach dem Knochen konkav. Sie bestehen hauptsächlich aus Knorpel, doch hängt in der Regel ein Stück des subchondralen Knochens daran.

Ob solche Körper auch verschwinden, wie bei dem Thier, darüber wissen wir nichts Sicheres, doch ist es sehr wahrscheinlich.

Es kann nicht der leiseste Zweifel existiren, dass sich der Process nicht etwa in einem Arthrit. deformans-Gelenk entwickelt. Man sieht in den Gelenken höchstens ganz lokalisirte Kapselschwellung, auch Zottenbildung, aber keinerlei Knochen- resp. Knorpelveränderung. Auch behalten die Kranken nach Entfernung der Körper gesunde Gelenke. Eben so wenig kann von einem Trauma die Rede sein. 22 unserer Pat. leugneten jedes Trauma, die übrigen hatten leichte Distorsionen erlitten, als sich der Knorpel löste. Bedenkt man also, dass es sich um Körper aus der Oberfläche des überknorpelten Gelenks handelte, nicht um seitliche mit Bandapparat in Verbindung stehende, und dass es weder am Thier noch an der Leiche gelungen ist, auch durch große Gewalt Körper in diesem Sinn abzusprengen, so muss man wohl das Trauma als Ursache fallen lassen. Kommt doch noch hinzu, dass die Körper gar nicht abgesprengt sind, sondern sich erst lösen.

Und doch lässt sich wohl das Trauma in dem Sinn, dass die Gelenkoberfläche, an der sich die Osteochondritis ereignet, oft von Insulten getroffen wird, nicht abweisen. Die Häufigkeit, mit welcher da, wo der Stoß der Hand in Fortsetzung durch den Radius die Gelenkoberfläche des Knochens oder der Rotula trifft, auch die Osteochondritis sich ereignet, die Häufigkeit des Processes bei jugendlichen, zumal männlichen Individuen sprechen dafür, dass das Trauma die Stelle vorbereitet, in welcher sich die Krankheit niederlässt.

(Selbsbericht.)



Diskussion:

v. Bergmann (Berlin) betont die Häufigkeit der freien Gelenkkörper bei Arthritis deformans; besonders bei alten Leuten findet man oft zufällig freie und angewachsene Gelenkkörper, wovon er sich bei Operationskursen häufig überzeuge, ferner bei schief geheilten Frakturen, nach Schussverletzungen und ernsteren Traumen. v. B. berichtet über einen Officier, der 1870 eine Schussverletzung des Knies erhielt, welche per primam heilte. Er that noch 3 Jahre Dienst, bekam dann rheumatoide Schmerzen im Gelenk und ging zu Langenbeck, der ein bewegliches Geschoss aus dem Gelenk extrahirte. Pat. trat dann wieder in Dienst. Im März d. J. Sturz vom Pferde, Fraktur der Kniescheibe. Bei der Naht der letzteren fand v. B. Arthritis deformans, Bleifragmente im Kniegelenk und endlich 2 in Nischen der Synovialis eingekapselte Gelenkkörper. v. B. nimmt an, dass nach der Schussverletzung später Arthritis deformans entstand, die zur Bildung der Gelenkkörper führte.

Barth (Danzig) nimmt 2 Arten von Gelenkkörpern an: 1) Knorpel- und Knochenstücke, die der Oberfläche des Gelenks entstammen, 2) regellos aus Knorpel- und Knochengewebe zusammengesetzte Körper, Faserknorpel etc. Letztere finden sich regelmäßig bei Arthritis deformans, aber auch solitär ohne dieselbe. B. glaubt jedoch, dass sie aus der Arthritis deformans entstehen. Wenn kein Trauma nachgewiesen werden kann, kann auch kein dissecirender Process vorhanden sein, wie König will.

Jaffé (Hamburg).

---

9) Vulpius (Heidelberg). Weitere Erfahrungen über die Sehnenüberpflanzung.

V. berichtet über 80 in seiner Heilanstalt ausgeführte Transplantationen.

Bezüglich der Technik empfiehlt es sich, ausgiebige Schnitte anzulegen, und zwar alle Incisionen sofort, um ein Gesammtbild der Muskulatur zu erhalten. Die Überpflanzung geschieht nach der von ihm als »absteigende« bezeichneten Methode; zur Naht wird nur Seide verwendet (frisch in Sublimat gekocht). Zweckmäßig ist häufig eine Kombination von Überpflanzung und Sehnenverkürzung durch Faltenbildung. Die völlige Opferung von Sehnen ist möglichst zu beschränken, oder es ist für geeignete Befestigung des peripheren Stumpfes zu sorgen. Während der Fixationsperiode ist Bettruhe am sichersten.

Die Zahl der Indikationen hat sich erheblich gesteigert. Geeignet sind:

1) Traumatische Defekte von Muskeln, Sehnen, peripheren Nerven, wo direkte Vereinigung unmöglich ist.

2) Schlaffe Lähmungen, vor Allem die spinale Kinderlähmung, und zwar die partielle nicht nur, sondern selbst die totale Lähmung.

3) Spastische Lähmungen, die cerebrale Kinderlähmung, die Little'sche Krankheit und verwandte Affektionen.

4) Manche kongenitale Missbildungen, besonders der Klumpfuß.

Die Resultate wurden durch möglichst wiederholte Untersuchungen festgestellt. Letztere bestätigten die gehegten Erwartungen durchaus, gaben aber auch Anregung zu mancherlei Verbesserungen des Verfahrens. Völlige Misserfolge sind äußerst selten, erfreuliche Besserung von Stellung und Beweglichkeit des Gelenks das Durchschnittsresultat. Merkwürdig ist das öfters beobachtete Verschwinden der Spasmen nach der Operation.

Die Überpflanzung hat sich demnach als Heilmittel auf einem bisher wenig dankbaren Gebiet bewährt. (Selbstbericht.)

---

10) **F. König jun.** (Berlin). Multiple Angiosarkome. Beitrag zur Geschwulstlehre.

Bei einem 61jährigen Manne stellten sich unter lebhaften Schmerzen am linken Fuß Hautveränderungen am Nagelglied der 2., dann der 4., endlich der 5. Zehe ein, welche als leichte Gangränherde des Altersbrandes aufgefasst waren (Schmerzen, Verfärbung der Haut, Entzündung, Schorfbildung). Unbedeutende Eingriffe — Incision bezw. mit Extraktion des Nagels der 4. Zehe, wobei sich Blut entleerte — führten unter pigmentirter Narbenbildung allmählich zur Heilung. An der 5. Zehe blieb jedoch an Stelle des Nagels ein braunschwarzer Schorf, der sich nicht abstoßen wollte. Die ganze Zehe bläulichgrau gefärbt. Keine Demarkation. Da wurden — nach ca. 5 Monaten — zwei Tumoren in der Wadenmuskulatur und tief in der Kniekehle desselben Beines konstatirt, walnussgroß, hart.

Exstirpation der Tumoren: unter der Fascia, in der Muskulatur gelegene knollige, ziemlich gut abgekapselte, aber doch fest mit den Muskelinterstitien verbundene Geschwülste von fleckigem Aussehen, theils dunkelroth, theils grauweiß gefärbt. Bei der Exstirpation der 5. Zehe zeigt sich im M. interosseus, zwischen Metatarsus IV und V, ein gleichfalls intensiv rother, runder Tumor, der offenbar in den Metatarsus V hineingeht. Daher Entfernung dieses Knochens mit der Geschwulst. Später noch Amputation der 2.—4. Zehe im Metatarsus.

Sagittalschnitt durch die Knochen ergiebt:

1) im Capit. metatarsi V ein erbsengroßer rother Tumor, Knochen durchbrochen, unmittelbarer Zusammenhang mit der im Interosseus gefundenen Tumormasse — ein haselnussgroßer röthlich-grauer Tumor im Endglied, die Phalanx III ersetzend, auf die II. übergehend, an der Stelle des Nagels als Schorf erscheinend;

2) ein linsengroßer rother Tumor in der Endphalanx der 2. Zehe, unter der pigmentirten Narbe der verheilten Incision, die Phalanx zum Theil ersetzend;



3) an der 4. Zehe: Mangel der Endphalanx und des Nagels, an der Stelle der Narbenschrumpfung eine stecknadelkopfgroße braune Partie.

Der Kranke ist geheilt, weitere Geschwülste sind nicht nachweisbar. (Anfang der Erkrankung Juni 1898, Endkontrolle 17. April 1899.)

K. macht darauf aufmerksam, dass sich hier unter den Augen des Arztes die Rückbildung und fast völlige Heilung von Tumoren vollzog, welche sich durch das fortschreitende Übergreifen auf die Umgebung (Zerstörung, Durchbrechung des Knochens und Periosts etc.) als klinisch bösartig darstellen. Die Einheit sämmtlicher Tumoren, auch an den letzten Resten des fast resorbirten, ist mikroskopisch dargethan.

Es handelt sich um Angioendotheliome oder Angiosarkome — vom Endothel der Blutgefäße und Saftkanälchen. Die Tumorbildung ist mit starker entzündlicher Exsudation, Infiltration, durchsetzt.

K. vermuthet, dass ein im Blut kreisendes Agens die Endothelzellen zur Proliferation und Geschwulstbildung anregt — in dem Gebiet der einen Extremität. Zugleich aber wird durch die Erkrankung der Gefäßwand die entzündliche Exsudation angeregt, welche in der Folge im Stande ist, das Übergewicht zu bekommen und die Geschwulstbildung zu überwuchern. So erklärt er die Rückbildung. Er sieht in der Beobachtung einen neuen Beweis, dass das Gebiet des Sarkoms wahrscheinlich Geschwülste sehr verschiedener Art (ätiologisch und prognostisch) beherbergt, dass hier die Grenze ist zwischen Entzündung und maligner Geschwulst. Er betont den Werth dieser Beobachtung für die Beurtheilung der Prognose solcher Geschwülste, welche auch für die Therapie wichtige Anhaltspunkte ergeben muss.

(Selbstbericht.)

11) **Braatz** (Königsberg). Zur Wundbehandlung.

B. spricht, nachdem er seinen vor 8 Jahren und neuerdings verbesserten (Modell med. Waarenhaus) aseptischen Waschtisch erwähnt, über die Wichtigkeit der Händedesinfektion, nicht nur weil gegen diesen Punkt am meisten gefehlt wird, und Wunden noch oft genug mit unreinen Händen angefasst werden, sondern auch desshalb, weil die jetzt aufkommenden Operationshandschuhe die Bedeutung der Händereinigung in den Hintergrund zu drängen geeignet sind.

Die Rolle des Alkohols bei der Händedesinfektion ist noch nicht aufgeklärt. Die fettlösende Eigenschaft desselben kann es nicht sein, sonst müssten die Waschresultate mit Äther bessere sein als die mit Alkohol erzielten. B. ist auf einen anderen Punkt aufmerksam geworden, und das ist der Umstand, dass die in der Haut immer vorhandenen und die Reinigung hindernden Luftbläschen unvergleichlich viel besser im Alkohol diffundiren als im Wasser. Einige Versuche, welche diese Ansicht zu stützen geeignet sind, werden angeführt.

Es besteht jetzt vielfach eine Strömung gegen die »Aseptik«, und es wird von vielen Seiten gerathen, wieder zur Antiseptik zurückzukehren.

B. hält diese Richtung für bedenklich, weil die neueren Grundsätze der Wundbehandlung selbst noch lange nicht genug verbreitet sind. Solche Warnungen werden von Solchen gern vernommen, die den neuen Weg noch nicht betreten, und Andere kehren um so lieber zur alten Antiseptik um, je weniger weit sie auf dem neuen Wege gekommen waren.

Jetzt, da für die Wundbehandlung die fundamentale Bedeutung der präventiven Maßnahmen (der Maßnahmen außerhalb der Wunde) feststeht, kann man doch sagen, dass die gegen früher besseren Resultate der Antiseptik von Anfang an unter solcher Flagge gesegelt sind; denn jene Erfolge beruhten ebenfalls nur auf den präventiven Maßnahmen, d. h. darauf, dass die Verbandstoffe, Instrumente und Hände durch Karbol, Sublimat und mechanische Reinigung keimärmer geworden waren.

Gegenüber jenen Warnungen vor der Aseptik hält es B. für didaktisch zweifellos richtiger, dass der angehende Arzt so ausschließlich wie möglich in der Aseptik ausgebildet werde. Je mehr das geschehen, desto mehr wird er dann die praktischen Schwierigkeiten überwinden lernen und desto mehr wird er sich von dem Gebrauch der Antiseptik frei machen.

An der Antiseptik hat er dann zum Schluss nicht viel zu lernen. (Selbstbericht.)

---

12) **E. Senger** (Krefeld). Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Erzielung der Hautsterilität.

Der Widerspruch, der zwischen dem bakteriologischen Desinfektionswerth des Alkohols und der praktischen Brauchbarkeit desselben besteht, bestimmte den Autor, zunächst eine Reihe von Untersuchungen über die Desinfektionskraft des Alkohols anzustellen. Entgegen der Ansicht Ahlfeld's, dass der Alkohol als solcher ein baktericides Mittel sei, wenn die Bakterien im feuchten Zustande mit dem Alkohol in Verbindung gebracht werden, konnte S. feststellen, dass Alkohol absolutus noch nicht innerhalb 20 Minuten im Stande sei, den Staphylococcus aureus zu vernichten.

Wenn Alkohol mit feuchten Bakterien zusammengebracht werde, so habe das denselben Werth, als ob verdünnter Alkohol angewendet würde. S. prüfte desshalb Alkohol in verschiedener Koncentration und fand, dass der Desinfektionswerth des Alkohols mit der Verdünnung zunehme bis 50—40%, dass dann wieder die Desinfektionskraft geringer würde. Es empfiehlt sich daher für praktische Zwecke, will man nicht einzig die fettlösende und andere physikalische Eigenschaften des Alkohols benutzen, verdünnten Spiritus zu Desinfektions-

zwecken für die Haut zu verwenden. Ein sicher den Staphylococcus tödtendes Mittel ist Alkohol aber auch in 50—40%iger Verdünnung nicht.

Reibt man nun Alkohol und dann Karbolsäure auf die Haut ein, so werden bei der praktischen Hautdesinfektion die Resultate schlechter, als wenn man Alkohol allein anwendet. Auch der chemische Versuch lässt erkennen, dass die Karbolsäure, sobald man sie mit Alkohol zusammenbringt, ihre chemische Eigenschaft, durch Eisenchlorid einen blauen Niederschlag zu bilden, verloren hat. Es bildet sich eine Ätherart. Auch die bakteriologische Untersuchung ergab, dass, wenn man 5%ige Karbolsäure in verschieden koncentrirten Alkohol-Wasserlösungen löst, also wenn man 5 g Karbolsäure mit 10%, 20%, 30% Alkohol mischt und die verschiedenen Lösungen auf Staphylokokken verschieden lange Zeit einwirken lässt, dass die Desinfektionskraft der 5%igen Karbolsäure mit Alkohol absolut gemischt gleich Null ist, dass diese Kraft etwas mit der Verdünnung des Alkohols zunimmt bis zu 40% etwa, und dass von da ab der Werth wieder sinkt. Über weitere Versuche und die näheren Details siehe die ausführliche Arbeit in Langenbeck's Archiv. Der gute Desinfektionswerth auf der Haut lasse sich nur so erklären, dass der Alkohol auf und in den Poren der Haut zum Theil in das kräftig desinficirende Acetaldehyd übergeht.

Durch die obigen Versuche war festgestellt, dass 1) ein Mittel im Reagensglas ein minderwerthiges Desinfektionsmittel sein kann und trotzdem für die Hautdesinfektion recht günstige Resultate bezüglich der praktischen Verwerthbarkeit liefert, 2) dass 2 an sich gute Desinfektionsmittel sich in ihrem bakteriologischen Werthe aufheben resp. vermindern können, wenn sie in chemischer Hinsicht nicht zweckmäßig gewählt sind.

S. hat nun in Berücksichtigung dieser Sätze seit 3 Jahren eine Methode der Desinfektion ausgebildet, die den Vorzug der chemischen Klarheit und Wirksamkeit hat. Denn nach S. ist ein Fortschritt in der Hautdesinfektion nicht auf physikalischem, sondern nur auf chemischem Gebiete zu erzielen. Da jede Desinfektion nichts Anderes ist, als eine chemische Reaktion oder eine chemische Verbindung des Mittels mit dem Zellleibe der Bakterien.

S. verwendet für sein Desinfektionsverfahren mindestens 2 Mittel, die 1) die Kokken in einem Zeitraum von 5 Minuten tödten können, 2) die gegenseitig eine chemische Verbindung eingehen, deren Produkte 3) wiederum baktericid wirken. Dadurch erlangt er eine 4- bis 5fache Einwirkung durch 2 Mittel, die ja im Überschuss verwandt werden, von denen z. B. eine Wirkung die ist, dass die neu entstandenen Mittel als in statu nascendi von bedeutenderem Werth sind.

Aus weiteren Untersuchungen erhellte, dass von allen chemischen Mitteln die Halogene, d. i. Chlor, Brom, Jod, die kräftigsten Desinficientia sind und von diesen wieder Chlor obenan steht. Es kam also darauf an, dieses Chlor, welches in freiem Zustand nicht für die

Haut anwendbar ist, auf der Haut auf dem Umwege der chemischen Reaktion entstehen zu lassen, und darauf gründet sich eine Methode der Hautdesinfektion, die S. seit ca. 2½ Jahren in manchen Fällen mit vollem Erfolg in der chirurgischen Praxis verwendet hat.

Er wendet zuerst eine 2—5%ige warme Lösung von Salzsäure 2 Minuten an, dann eine ½—2%ige warme Lösung von Kalipermanganat 1 Minute; die dadurch erfolgende Braunfärbung der Haut wird entfernt durch schweflige Säure innerhalb einiger Sekunden. Durch Einwirkung der Salzsäure auf Kalipermanganat entsteht u. A. freies Chlor; durch Einwirkung von $KMnO_4$ auf die Haut wird an diese freier Sauerstoff abgegeben; durch Einwirkung von schwefliger Säure auf das Derivat von $KMnO_4$ d. h. auf MnO_2 = Braunstein entsteht Schwefelsäure. Diese 3 Körper in statu nascendi Chlor, O und Schwefelsäure, erzielen Wirkungen, die mit keiner anderen Methode zu erreichen sind. Nach Krönig und Paul ist eine 1%ige Lösung von HCl zusammen mit einer 1%igen Lösung von Kalipermanganat bei Weitem stärker auf Milzbrandsporen wirkend als eine 5%ige Lösung von Sublimat.

S. hat dann noch durch mehrere Versuche bewiesen, dass die Reaktionswirkung zweier chemischer Mittel, die sich nicht gegenseitig aufheben, sondern die oben angeführten Eigenschaften erfüllen, viel stärker auf Bakterien (Kokken) einwirken, als die beiden Mittel einzeln genommen ohne chemische Reaktionswirkung. Er legt darauf ein besonderes Gewicht, weil dadurch die Leistungsfähigkeit seiner Methode bewiesen ist.

Nach bakteriologischen Untersuchungen der drei obigen Mittel konstatirt er, dass 1% Salzsäure bei einer Temperatur von 30—40° außerordentlich kräftige Desinfektionswirkung ausübt, schweflige Säure ebenfalls, $KMnO_4$ (1%) dagegen etwas schwächer; die Prüfung geschah auf Staphylococcus aureus.

In praktischer Hinsicht hat er mittels der Methode 78% Keimfreiheit der Haut erzielt, gegenüber 30 und 40% Samter resp. Lauenstein. Er empfiehlt diese Methode als die sicherste und schnellste zur Desinfektion solcher Hände und Haut Derjenigen, die mit jauchigen, organisch zersetzten Stoffen inficirt sind. (Bezüglich aller näheren Details sei auf die ausführliche Arbeit in Langenbeck's Archiv verwiesen, wo sowohl die chemische wie bakteriologische Begründung der Methode ausführlich gegeben ist[1]).

(Selbstbericht.)

[1] Der Referent der deutschen medicinischen und Münchener Wochenschrift, dem ich nicht verdenken kann, dass er dem Vortrag nicht folgen konnte und in Folge dessen ein ganz unverständliches Referat brachte, ist entsetzt darüber, dass ich schweflige Säure anwende, wenigstens setzt er hinter die Säure ein (!). Ich kann den Referenten beruhigen: diese Säure, nicht zu verwechseln mit Schwefelsäure, wird in allen Färbereien tagtäglich von den Arbeitern ohne Schädigung angewandt, sie ist lange nicht so giftig als z. B. 5%ige Karbolsäure und übt nur auf die Respirationsorgane, wenn man sie einathmet, einen stechenden Reiz aus.



13) **Schloffer** (Prag). Über Operationshandschuhe.

S. berichtet über Versuche, die er mit den in der Wölfler-schen Klinik in Verwendung stehenden antiseptischen Operations-handschuhen gemacht hat. Es sind das gewöhnliche Militärhand-schuhe, die, nachdem sie gründlich desinficirt worden sind, mit $^{1}/_{5000}$ Sublimat oder 1%igem Lysol durchtränkt zur Operation ver-wendet werden.

Die Versuche wurden mit einem Bacillus der Kaninchensept-hämie angestellt, der sich in seiner Resistenz gegen Desinfektions-mittel ähnlich manchen pyogenen Streptokokkenarten verhielt und der in der Dosis von 0,000001 ccm der 2tägigen Bouillonkultur Kaninchen von 1 kg Gewicht nach intraperitonealer Injektion tödtete.

Ein desinficirter Finger wurde mit der Kultur bestrichen, dann der Handschuh darüber gezogen und hierauf der Finger in die Bauchhöhle eines Kaninchens eingeführt und darin längere Zeit (bis zu $^{1}/_{2}$ Stunde) herumgewühlt. Alle auf diese Art behandelten Thiere blieben am Leben, während die Kontrollthiere (kein Hand-schuh) durchwegs der Infektion erlagen. Nur einmal ging auch das mit dem behandschuhten Finger behandelte Thier ein; dabei war aber die (Agar-) Kultur vorher mit Vaselin verrieben und nur ein $^{1}/_{2}$%iger Lysolhandschuh verwendet worden. Während also in diesem Falle die Bakterien vor der Einwirkung des Desinficiens durch das Fett geschützt waren, beweisen die Versuche im All-gemeinen, dass der antiseptische Handschuh eine werthvolle Schutz-maßregel gegenüber den an der operirenden Hand etwa auch nach gründlicher Desinfektion doch noch zurückgebliebenen Keimen dar-stellt. Im Einklang damit sind auch die Wundverhältnisse in der Wölfler'schen Klinik seit Verwendung dieser Handschuhe höchst zufriedenstellende geworden.

Der Einwand, dass das Antisepticum im Handschuh der Wunde schaden könne, wird unter Anderem auch durch die praktischen Er-fahrungen der Klinik völlig hinfällig. Der Vorwuf, den Döderlein den antiseptischen Zwirnhandschuhen gemacht hat, dass sich in ihnen während der Operation Bakterien ansiedeln und anreichern, kommt bei den antiseptischen Handschuhen, die ja während der Operation öfters gewechselt oder in der Desinfektionslösung ab-gespült werden, gar nicht in Betracht. In denselben siedeln sich niemals Bakterien an. (Selbstbericht.)

Übrigens kann man statt der Säure das saure schwefligsaure Natrium anwenden. Es kam mir aber vor Allem darauf an, mich chemisch einfach nnd klar auszu-drücken und bei der knappen Zeit des Chirurgenkongresses kann ich wirklich nicht das breit erläutern, was den Herren Referenten gerade wenig geläufig ist.

14) **W. Noetzel.** Über die baktericide Wirkung der Stauungshyperämie.

Die Versuche sollten die Frage beantworten, ob der Stauungshyperämie, wie sie Bier für die Behandlung tuberkulöser Erkrankungen angewendet hat, im Princip eine abtödtende oder wenigstens stark entwicklungshemmende Wirkung auf die im Gewebe befindlichen Infektionserreger innewohnt. Versuche von Hamburger hatten ergeben, dass venöses Blut eine viel stärkere baktericide Wirkung entfaltet als arterielles. Später ausgeführte Thierexperimente desselben Autors sollten die Abtödtung virulenter Bakterien durch die Blutstauung im Gewebe beweisen; die Anordnung dieser Versuche lässt denselben jedoch irgend eine Beweiskraft nicht zukommen. N. impfte nun Kaninchen mit vollvirulenten Milzbrandbacillen und (für Kaninchen) maximal virulenten Streptokokken in ein Ohr oder in eine hintere Extremität subkutan bezw. intramuskulär; die geimpften Theile wurden kürzere und längere Zeit (2—6 Tage) der Stauungshyperämie durch entsprechende elastische Umschnürung ausgesetzt. Durch richtige Dosirung der geimpften Bakterienmengen so wie Stauungshyperämie gelang es, die Thiere vor der sonst (für die Kontrollthiere und später für dieselben Thiere ohne Stauungshyperämie) sicher tödlichen Infektion zu bewahren.

Um diese bakterienfeindliche Wirkung auch im Kulturversuch zu demonstriren, wurde nicht venöses Blut (wie von Hamburger) verwendet, sondern das aus den gestauten Theilen aspirirte Transsudat, da ja dieses allein unmittelbar mit den Bakterien in Berührung kommt und auf dieselben einwirken kann. Dasselbe zeigte eine sehr starke baktericide Wirkung derart, dass z. B. die bei der Einsaat in einer Platinöse enthaltene Menge von 2700 Keimen bereits nach 3 Stunden auf 45 Keime heruntergegangen war. Das giebt der Auffassung Buchner's Recht, dass die Heilwirkung der Stauungshyperämie auf einer Koncentration der Alexinwirkung beruhe. Die mikroskopische Untersuchung sowohl der Ausstichpräparate vom Transsudat als der Schnitte aus dem gestauten Gewebe ergiebt das Vorhandensein zahlreicher Leukocyten im Transsudat. Es sind also in der That dieselben Bestandtheile — Blutserum und Leukocyten — in das Gewebe ausgetreten, wie bei der Entzündung, und damit auch die gleichen Schutzkörper daselbst zur Wirkung gelangt. Dass die Wirkung der letzteren hier aber eine so außerordentlich energische ist, kommt daher, dass die Schutzkörper nicht in Folge eines von den Bakterien ausgelösten Processes, sondern unabhängig von diesen in das Gewebe gelangt sind, und dass sie in voller Kraft auf die Bakterien einwirken können, ehe diese noch sich vermehren und vor Allem ehe sie das Gewebe schädigen konnten. In dieser Weise kommt auch bei der Einwirkung der

Stauungshyperämie auf tuberkulöse Herde dieser unabhängig von den Tuberkelbacillen entstandene frische entzündungsartige Vorgang der trägen Gewebsreaktion zu Hilfe und führt in vielen Fällen die vollständige Überwindung der Tuberkelbacillen herbei. Dasselbe Princip liegt auch der Behandlungsmethode der Tuberkulose mit Zimmtsäure nach Landerer zu Grunde.

Die Thatsachen, dass Gewebe, die sich im Zustande chronischen Ödems befinden, sehr leicht der Sitz verheerender Entzündungen und Eiterungen werden, dass ferner an den mit Stauungshyperämie nach Bier behandelten Extremitäten das Auftreten von Lymphangitis, Lymphadenitis und Erysipel beobachtet worden ist, und dass schließlich auch experimentelle Untersuchungen verschiedener Autoren in künstlich ödematös gemachten Geweben eine Begünstigung der Infektion oder wenigstens keine Schutzwirkung gegen diese fanden, stehen nicht im Widerspruch mit dem Resultat der Versuche N.'s. Eine weitere Reihe derselben ergiebt nämlich, dass die Infektion nicht verhindert wird, sobald durch zu starke Stauung Ernährungsstörungen im Gewebe eingetreten sind. Die Prüfung des Transsudats aus derartig während mehrerer Tage hochgradig gestauten Extremitäten durch die Kultur ließ denn auch gar keine oder nur eine sehr geringe baktericide Wirkung erkennen. Wirksam ist also nur immer das frisch austretende Transsudat, und in der Kunst, die Stauungshyperämie so zu dosiren, dass immerfort eine genügende Erneuerung der Ödemflüssigkeit, Resorption und frische Transsudation stattfindet, beruht sowohl die Verhütung der Infektion in diesen Thierexperimenten als auch die Erzielung von Heilerfolgen bei tuberkulösen Erkrankungen nach Bier's Methode. Das wirksame Princip der letzteren erblickt Vortr. mit Buchner in der Koncentration der natürlicherweise im Blut vorhandenen Schutzstoffe auf das erkrankte Gewebe.

(Selbstbericht.)

---

15) F. Krause (Altona). Erfahrungen über die therapeutische Verwendung überhitzter Luft.

Mit seinen Heißluftapparaten, die für jedes Gelenk so wie für Nacken, Rücken und Kreuz besonders gearbeitet sind (zu beziehen von C. W. Bolte Nachf., Hamburg), hat K. seit $1^1/_2$ Jahre über 100 Kranke, davon $^2/_3$ mit befriedigendem, einzelne mit glänzendem Erfolg behandelt. Es handelte sich um Gelenkleiden aus verschiedener Ursache (Arthritis rheumatica, gonorrhoica, deformans, sicca, crepitans, urica), akuten chronischen Muskelrheumatismus, Lumbago, Ischias, chronische Ostitis und Periostitis, Achillodynie, endlich um die nach Verletzungen (Kontusionen der Knochen und Gelenke sowohl wie Weichtheile; Verstauchungen, Luxationen, Frakturen) zurückbleibenden Gelenksteifigkeiten und Gliederschmerzen und die schmerzhaften Muskelspannungen des fixirten Plattfußes.

Bei der Anwendung der Apparate an der oberen Extremität kann der Kranke im Stuhl sitzen, er muss dies thun bei der Erhitzung des Nackens, des Rückens und Kreuzes. Dagegen wird das Hüft-, Knie- und Fußgelenk am zweckmäßigsten im Bett mit der heißen Luft behandelt. Da auch der übrige Körper oft an der Schweißabsonderung Theil nimmt, so soll der Kranke warm eingehüllt sein. Das betreffende Glied wird ohne Umhüllung in den Apparat gebracht.

Die Hauptwirkungen des Verfahrens werden offenbar durch die starke Ableitung auf die Haut hervorgerufen; alte entzündliche Ausschwitzungen gelangen zur Resorption. Dadurch werden nicht allein die Schmerzen in Gelenken, Muskeln und Knochen verringert und beseitigt, sondern auch die Bewegungen freier. Haben sich bereits freilich ernstere anatomische Veränderungen in den Bandapparaten, den Muskeln und Sehnen, z. B. bindegewebige Schwielen u. dgl., entwickelt, so wird man vollkommene Rückbildung nicht erwarten dürfen; aber selbst in solchen Fällen hat man erhebliche Besserungen, Nachlassen der Schwellung, Aufhören der Schmerzen und freiere Beweglichkeit eintreten sehen. Auch bei Gonitis crepitans ist letzteres mehrfach beobachtet, obschon das Knarren im Gelenk sich nicht im mindesten änderte.

Wenn aber auch der ganze Körper zuweilen an der Schweißbildung sich betheiligt, so stammt doch die Hauptmenge der abgesonderten Flüssigkeit aus dem im Apparat befindlichen Gliedabschnitt. Hier wird auch die Blutcirkulation fast ausschließlich beeinflusst, während der Gesammtorganismus kaum in Mitleidenschaft gezogen wird. Dies ist ein nicht gering zu veranschlagender Vorzug der Methode gegenüber allgemeinen Dampfbädern und ähnlichen Maßnahmen. Der Kranke athmet während der örtlichen Einwirkung der hohen Hitzgrade die normale Luft der Umgebung; Lungen und Herz werden nicht angegriffen, die schädlichen Einwirkungen durch Überhitzung des ganzen Körpers werden verhütet. Nach längerer Anlegung der Apparate stieg die Körpertemperatur zuweilen um einen halben, sehr selten um mehr, bis zu einem Grad an und der Puls wurde um 8—15 Schläge schneller; die Häufigkeit der Athmung wurde nicht wesentlich beeinflusst. Mehrfach verschwand die bis dahin bestehende Schlaflosigkeit.

Die Methode ist einfach und unter allen Verhältnissen anwendbar. Auch verkrüppelte Glieder können in entsprechend abgeänderten Apparaten Aufnahme finden. Gewiss sind Verbesserungen möglich und sehr wünschenswerth; mit dem jetzigen Verfahren sind aber bereits so gute Ergebnisse erzielt, dass das Mittel empfohlen werden kann.

Es sei aber besonders betont, dass die Methode auch Misserfolge aufzuweisen hat; man schraube also seine Hoffnungen nicht zu hoch. Einzelne Kranke konnten dem Verfahren nicht längere Zeit hinter

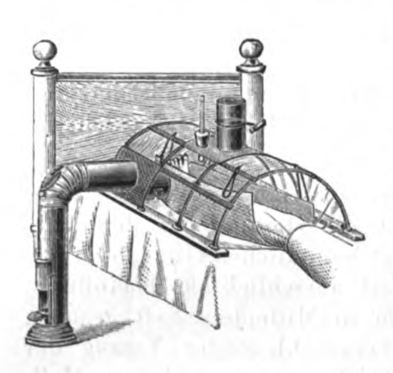
einander unterworfen werden, weil sie es einfach nicht vertrugen; in anderen Fällen blieb jede günstige Wirkung aus.

(Selbstbericht.)

---

16) **Loewenhardt** (Breslau). Einwirkung heißer Luft auf gonorrhoische Gelenkerkrankungen.

L. hat besonders die Einwirkung heißer Luft auf gonorrhoische Gelenkerkrankungen seit 1895 untersucht und in Düsseldorf 1898 darüber berichtet. Unter Würdigung aller übrigen bekannten Heilfaktoren ist bei richtiger Auswahl der Fälle außer Zweifel, dass die Anwendung heißer Luft bei diesem Leiden ein bisher nicht genügend verwendetes Hilfsmittel darbietet, vor Allem die enorme Schmerzhaftigkeit wie kein anderes Verfahren aufhebt. Im Wesentlichen ermöglicht der einfache vorgezeigte Bügelapparat z. B. das oft gegen jede Berührung höchst empfindliche Kniegelenk schonend zu behandeln. Wenn sich auch die Wirkung hoher Temperaturen vor Allem zur Nachbehandlung eignet und weniger für die paraartikulär phlegmonösen als für artikulär hydropische Formen geeignet ist, sind schwere Fieberzustände an sich keine Kontraindikation.



Es ist als bemerkenswerth hervorzuheben, dass eine Spontanausheilung auch ganz schwerer Gonorrhoen während der Fieberzustände beobachtet wurde (auch bei anderen interkurrenten Krankheiten von anderer Seite, cf. auch Welander's Behandlungsmethode). Dies dürfte nicht unabhängig sein von der schon bei 39° sehr erheblichen Wachsthumsbeschränkung der Gonokokken. Die Vitalität dieses gegen Temperaturschwankungen sehr empfindlichen Organismus wird jedenfalls durch die künstliche Temperaturerhöhung des menschlichen Körpers, welche bei Anwendung des L.'schen Apparats auf $^1/_2$—1° festgestellt wurde, ungünstig beeinflusst. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Bier (Greifswald) hat neben Stauung auch heiße Luft in ähnlichen Apparaten, wie **Krause**, besonders bei chronischem Gelenkrheumatismus mit Erfolg angewandt. Der günstige Effekt — Nachlass der Schmerzen und der Schwellungen, Zunahme der Beweglichkeit — wird nicht so sehr durch das Schwitzen, als vielmehr durch die Hyperämie (sei diese nun aktiver oder passiver Natur) bewirkt. B. empfiehlt die kombinirte Verwendung von Stauung und heißer

Luft, deren Anwendung er lange vor Talermann geübt und empfohlen hat.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

17) **Braun** (Altona). Histologische Untersuchungen über die Anheilung Krause'scher Hautlappen.

Verf. hat histologische Untersuchungen über die Anheilung Krause'scher ungestielter Hautlappen angestellt. Das Material entstammt klinisch genau beobachteten Fällen, worauf besonderer Werth bei Beurtheilung des histologischen Befundes gelegt wird. In Fällen, wo die angeheilten Lappen annähernd die Beschaffenheit normaler Haut zeigten, ließ sich mikroskopisch nachweisen, dass die specifischen Gewebsbestandtheile der Cutis sich in toto erhalten hatten: die elastischen Fasern wiesen die normale Anordnung auf, während sie in den den Lappen mit dem Mutterboden verbindenden Narben fehlten resp. bei älteren Objekten als feinste von der ursprünglichen Haut ausgehende Fäserchen daselbst erkennbar waren. Auch die fibrillären Elemente der Cutis konnten nach der Überpflanzung eine größere Veränderung nicht eingegangen sein, da sie in ihrer Hauptmasse kaum vermindert waren und in iher Lagebeziehung zu den elastischen Bestandtheilen nicht wechselten, ferner im Vergleich zu den jungen, in den schon erwähnten Narben entstandenen Fibrillen sofort als alte imponirten. Die Papillen zeigten, der gewöhnlich vom Oberschenkel entnommenen Haut entsprechend, geringe Entwicklung, waren aber von normaler Struktur, auch die ihnen zukommenden feinsten elastischen Fäserchen ließen sich bei specifischer Färbung erkennen. Im Übrigen kommen sie gerade wegen ihrer geringen Entwicklung für die Funktionstüchtigkeit der Lappen wenig in Betracht. Dessgleichen konnte das Erhaltensein von Haaren, Talg- und Schweißdrüsen, so wie der glatten Muskelelemente konstatirt werden. Bei der Epidermis stießen sich die oberen Zellschichten regelmäßig ab und wurden von den unteren des Stratum Malpighi oder von dem Epithel der Drüsen und Haarwurzelscheiden, theilweise an der Grenze vom Epithel der ursprünglichen Haut aus ersetzt. Auch in Fällen, wo der klinische Erfolg zu wünschen übrig ließ, fanden sich innerhalb der Cutis große Bezirke, die vollständig normale Struktur aufwiesen, während stellenweise allerdings junge, mit dem Mutterboden in Verbindung stehende Bindegewebszüge zu erkennen waren, je schlechter der klinische Erfolg, desto häufiger und umfangreicher. In keinem Falle konnte konstatirt werden, dass der ganze Lappen durch junges Gewebe ersetzt wurde.

Die Ernährung der überpflanzten Lappen geschah zunächst ausschließlich durch plasmatische Cirkulation, worauf die ödematöse Durchtränkung und Auflockerung der Gewebe hinwies, später durch neugebildete Gefäße, die die vorhandenen Gefäßbahnen benutzten.

Aus diesen histologischen Befunden, welche zu den verschiedensten Zeiten nach der Transplantation ungestielter Hautlappen in einem Zeitraum von 4 Tagen bis zu $3^1/_4$ Jahren erhoben sind, folgt also, dass bei einer strengen Durchführung der von Krause angegebenen Operationsmethode das erstrebte Ziel, möglichst normale Cutis zu schaffen, vollständig erreicht wird.

Wir halten uns daher auch nach dem histologischen Ergebnis für berechtigt, die Überpflanzung ungestielter Hautlappen in besonders schweren Fällen vorzunehmen. Das sind die Fälle, in denen nach den im Altonaer Krankenhaus gesammelten Erfahrungen die Thiersch'sche Transplantation, welche auch bei uns im Übrigen die Kardinalmethode darstellt, keine dauernd gute Resultate giebt.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Henle (Breslau) berichtet, dass er seit langer Zeit an der Hand von Thierexperimenten den in Rede stehenden Gegenstand untersucht hat. Die anfänglich durch Verschieben der Lappen oder des Verbands bedingte Unsicherheit im Gelingen der Versuche schwand, seit H. die Hautlappen in das entsprechend angefrischte Innere von Kaninchenohren implantirte und letztere über dem Verband zunähte. Auch er kam zu dem Resultat, dass Anheilung unter Erhaltung des Lappens möglich ist. Es wird ein Injektionspräparat demonstrirt, welches zeigt, dass schon am 4. Tage die Gefäße des Lappens wieder in die Cirkulation eingeschlossen sind, und zwar durch Gefäßsprossen, welche Gefäße des Lappens und des Mutterbodens verbinden. Eine Betheiligung der Lappengefäße an der Sprossenbildung hat H. nicht beobachtet, hält sie aber nicht für unmöglich. Kommt in dieser Weise die Cirkulation am 3. resp. 4. Tage zu Stande, dann ist der weitere Process eine prima intentio zwischen Lappen und Mutterboden. An der Narbenbildung betheiligen sich auch die Gewebe des ersteren, so besonders das Epithel. (Demonstration.) H. hat in einer Reihe von Fällen auch den Knorpel mit exstirpirt und implantirt. Es bildet sich dann ein Knorpelcallus, an dessen Zustandekommen der implantirte Knorpel mitwirkt. (Demonstration.) Die elastischen Fasern bleiben erhalten. Dies wird bewiesen durch ein Präparat, in welchem die Lappen und Mutterboden trennende Narbe frei von ihnen ist, in welchem auf der anderen Seite der aus Rückenhaut bestehende Lappen seinen großen Reichthum an elastischen Fasern behalten hat, die unmöglich von den wenigen Fasern der Ohrhaut abstammen können.

Dass die transplantirte Haut ihren Charakter konservirt, geht u. A. aus den auch in der chirurg. Klinik zu Breslau öfters mit Erfolg ausgeführten Haartransplantationen hervor, die besonders beweisend sind in einem Falle, wo die Oberschenkelhaut in der physiologisch haarlosen Fußsohle ihre Haare behalten hat.

Die von Enderlen beschriebenen Bilder von langsamer Nekrose des Lappens hat H. ebenfalls gesehen, und zwar in Fällen, wo auch anderweitige Störungen der Anheilung vorhanden waren. Er glaubt,

dass in diesen Fällen das Epithel erhalten bleibt, sich alsbald mit dem Mutterbodenepithel vereinigt, und dass unter diesem Schutz die allmähliche aseptische Resorption des Bindegewebes stattfindet.
(Selbstbericht.)

Enderlen (Marburg) hält daran fest, dass die elastischen Fasern und bindegewebigen Elemente zu Grunde gehen und der Ersatz vom Mutterboden aus stattfindet. **F. Krumm** (Karlsruhe).

18) **C. Longard** (Aachen). Eine neue Äthermaske.

L. berichtet über eine neue Äthermaske, die unter dem Namen der Wagner-Longard'schen Äthermaske bereits in No. 48 1898 des Centralblattes für Chirurgie des näheren beschrieben worden ist. L. hat bis jetzt mit dieser Maske über 300 Narkosen ausgeführt, ohne je, abgesehen von einigen länger dauernden Operationen in der Mundhöhle, nöthig gehabt zu haben, zum Chloroform zurückzugreifen.

Die wesentlichen Vorzüge der Maske sind, dass eine Cyanose und Aufregung zu Beginn der Narkose nicht eintritt, das Stadium der Toleranz in durchschnittlich 3—6 Minuten bei Kindern, Frauen und Nichttrinkern, bei Trinkern in höchstens 5—8 Minuten erreicht wird. Bei den 3 ersten Kategorien von Kranken stellt sich ein Excitationsstadium überhaupt nicht ein und bei Potatoren erreicht es selten die Stärke der Chloroformexcitation. Dabei ist der Ätherverbrauch ein außerordentlich geringer, so dass das Stadium der Toleranz meistens mit 25 bis höchstens 40 ccm Äther unter Anwendung der Tropfmethode erreicht wird, Salivation tritt sehr selten auf. Unangenehme Nachwirkung von Seiten der Athmungsorgane hat L. bis jetzt nie beobachtet.

Die Maske kommt unter dem Namen Wagner-Longard'sche Äthermaske in den Handel und lässt sich eben so wohl für Äther als Chloroform und Bromäthyl verwerthen. (Selbstbericht.)

19) **E. Senger** (Krefeld). Über den Herzcollaps bei Anwendung brüsker Schraubenextension.

Von den üblen Zufällen, die die gewaltsame Schraubenextension mit sich bringt, als da sind Zerreißungen der Haut, Lähmung der Nerven, der Muskeln, der Gefäße, Abreißung der Harnröhre etc., lenkt S. die Aufmerksamkeit auf die Einwirkung der Extension auf das Herz. Er konnte in einem Falle den strikten Beweis liefern, dass die Extension als solche einen nervenlähmenden Einfluss auf das Herz ausüben könne, der bis zum Herzstillstand geht. Bei einer blutigen Einrenkung erfolgte, als die Schraube stark angezogen wurde, ein Collaps; als das Mädchen sich erholt hatte und schon Abwehrbewegungen machte, wurde nach 1/4 Stunde von Neuem die Schraube ohne jedes Narkoticum angelegt, und sofort erfolgte ein

zweiter, noch schwererer Collaps, der nur nach vieler Mühe beseitigt werden konnte. S. demonstrirt den schwer deformirten Kopf, der fast ohne Hals an dem Schaft saß und eine Art neuen Femurkopf, der schon 14 Tage post oper. sich gebildet hatte. Das Mädchen, 15 Jahre alt, von dem diese Präparate stammten, wurde mit befriedigendem Resultat dadurch geheilt, dass der Kopf entfernt und an der hinteren Kapselwand ein Stück excidirt und das Periost bei Seite geschoben wurde, so dass der dekapitirte Femurschaft an diese periostlose Stelle des Darmbeins gebracht wurde. S. erläutert schließlich die Methoden, die für solche schwere Fälle von kongenitaler Hüftluxation älterer Pat. noch angewandt werden können.

(Selbstbericht.)

---

20) **Krönlein** (Zürich). Demonstration eines neuen Anschlussapparats zum direkten Anschluss an elektrische Lichtleitungen.

Der Apparat, sehr kompendiös, in ein Glasschränkchen staubdicht verschlossen und auf Gummirollen fahrbar, kann durch ein Kabel direkt mit dem Kontakt einer elektrischen Leitung verbunden werden und dient dann für alle medicinisch-chirurgischen Zwecke, d. h. für Galvanisation, Faradisation, Elektrolyse, Endoskopie, Galvanokaustik, Bottini's Prostatagalvanokauter und für den elektromotorischen Betrieb von Bohrern, Kreis- und Rundsägen, Trepankronen, Doyen's Fraisen etc. K. zeigt dann noch einzelne für die Trepanation und Kraniotomie neu verfertigte Instrumente. Sämmtliche Apparate und Instrumente sind auf seine Anregung hin von den Elektrotechnikern Fr. Klingelfuß & Co. in Basel verfertigt worden und können von dieser Firma bezogen werden.

(Selbstbericht.)

---

21) **Holländer** (Berlin) demonstrirt einen elektrischen Mikroheißluftbrenner.

Derselbe ist besonders wegen seiner ungemeinen Handlichkeit für kleinere Operationen (Ulcera, Angiome etc.) und für den Gebrauch im Sprechzimmer geeignet und bei Reiniger, Gelbert und Schall konstruirt.

(Selbstbericht.)

---

22) **Eichel** (Straßburg). Demonstration eines Apparates für intraperitoneale Kochsalzinfusion.

Bei einer Reihe von Laparotomirten sind zur Bekämpfung des bestehenden oder drohenden Collapses Transfusionen nothwendig. E. hat, nach Erprobung an Hunden, bei einer traumatischen Anämie nach subkutaner Leberzerreißung durch 2mal 24 Stunden hindurch tropfenweise permanent Kochsalzlösung in die Bauchhöhle transfundirt und demonstrirt den dabei verwandten Apparat unter Hinweis über die Vortheile der Methode auf seinen Aufsatz im Bd. LVIII Hft. 1 von Langenbeck's Archiv.

Der Apparat besteht aus einer Flasche mit doppelt durchbohrtem Gummistopfen, durch den 2 Glasröhren gehen; die eine Röhre ist mit einem Schlauch verbunden, der seinerseits mit einem Nélaton in Verbindung gesetzt ist. In den Schlauch ist ein Tropfglas eingeschaltet, das so regulirt ist, dass 20 seiner Tropfen 1 ccm ausmachen. Der Zufluss wird durch eine Mikrometerschraube regulirt. Soll der Apparat angewandt werden, so wird nach beendeter Operation der Nélaton etwa 5 cm tief in die Bauchhöhle eingeführt und diese sodann in der gewohnten Weise exakt geschlossen. Das freie Ende des Nélatons wird durch eine Kanüle hindurchgezogen und das Schild derselben mit 2 Seidennähten an der Bauchhaut des Pat. befestigt. Der Nélaton ragt, durch die Kanüle vor jedem Druck geschützt, aus dem Verband hervor und wird mit dem Schlauch, nachdem die Kochsalzlösung durch Ansaugen mit einem besonderen Stück Schlauch zum Fließen gebracht ist, in Verbindung gesetzt.

Die Kochsalzlösung wird in der Flasche auf etwa 60° erwärmt, um etwaige trotz aller Kautelen (die Flasche wird im Trockenschrank, die übrigen Theile durch Auskochen sterilisirt) hineingelangte Keime abzutödten. Da die Lösung, wenn sie in der gewünschten Weise (20 Tropfen = 1 ccm in der Minute = ca. 1500 ccm in 24 Stunden) abtropft, von der Außentemperatur bei der Länge der Leitung abhängig ist, so ist dicht vor der Bauchhöhle ein Nachwärmer eingeschaltet, der, nach dem Princip der japanischen Wärmebüchsen konstruirt, die Lösung auf etwa 40° erwärmt.

Das Verfahren ist nach einer Herniolaparotomie nach Darmresektion wegen gangränöser Hernie angewandt und hat seinen Zweck, den bestehenden Kollaps zu bekämpfen, eben so wie im ersten Falle erfüllt.

(Selbstbericht.)

---

23) L. Feilchenfeld (Berlin). Demonstration einer Splitterpincette.

Um einen Splitter zu fassen, der unter dem Nagel sitzt oder in die Fingerkuppe gerathen ist, benutzt man zumeist stumpfe Instrumente, wie Kornzange, Péan oder anatomische Pincette. Da diese Instrumente zu breit sind für die kleine Einstichöffnung, so muss man, um zu dem gewöhnlich abgebrochenen Splitter zu gelangen, den Nagel abtragen resp. einen größeren Einschnitt in die Fingerkuppe machen. Für den großen Theil dieser kleinen Unfälle kann man einen weiteren Eingriff aber überflüssig machen, wenn man sich eines spitzen Werkzeugs bedient. Zu diesem Zwecke hat F. eine knieförmig gebogene Pincette an beiden Enden scharf zuspitzen lassen; die Endflächen sind bajonettförmig nach Innen gebogen und ausgehöhlt. Mit diesem Instrument[1] kommt man leicht tief unter den Nagel. F. hat sich auch durch Versuche am Kaninchen davon

[1] Das Instrument wird von der Firma G. Lenz & Co., Berlin, Ziegelstr. 3. angefertigt.

überzeugt, dass man damit bequem Splitter und abgebrochene Nadelstückchen fassen kann, die in die Muskeln hineingebracht worden waren.

(Selbstbericht.)

24) v. Büngner (Hanau). Aufruf zu einer Sammelforschung über die Entstehung von Geschwülsten im Anschluss an Verletzungen.

M. H.! Wenn ich heute mit dem Aufruf zu einer Sammelforschung über die Entstehung von Geschwülsten im Anschluss an Verletzungen an unsere Gesellschaft herantrete, so veranlassen mich dazu folgende Erwägungen:

Die Frage nach der traumatischen Entstehung der Geschwülste hat uns Chirurgen seit dem Inkrafttreten der Unfallversicherungs-Gesetzgebung fortgesetzt beschäftigt. Leider aber fehlt es bis jetzt, wie allerseits zugegeben wird, noch vollkommen an einer ausreichenden Unterlage für die Beurtheilung solcher Fälle. Daraus erklärt es sich, dass in Gutachten, Obergutachten und gutachtlichen Äußerungen für das Reichsversicherungsamt der Einfluss von Traumen auf die Entstehung von Geschwülsten bald überschätzt, bald zu gering angeschlagen wird. Daher kommt es ferner, dass in den Gutachten die praktisch wichtigsten bösartigen Geschwülste, die Carcinome und Sarkome, welche wir doch sonst sowohl vom wissenschaftlichen Standpunkt aus mit Rücksicht auf ihre Histogenese, als auch in klinischer Beziehung mit Rücksicht auf ihre verschiedene Erscheinungsweise und ihren verschiedenen Verlauf streng aus einander zu halten pflegen, unterschiedslos zusammengeworfen werden. Um dieser, obschon nach mancherlei Erfahrungen, z. B. nach denjenigen Rich. v. Volkmann's und auch nach meinen eigenen, seit Jahren auf diesen Punkt gerichteten Beobachtungen Sarkome, besonders Knochensarkome verhältnismäßig häufig, Carcinome dagegen niemals oder fast niemals auf traumatischer Grundlage entstehen, wenn man, den Bedürfnissen der Praxis folgend, nur Traumen in berufsgenossenschaftlichem Sinne, d. h. einmalige heftige Traumen, nicht chronische geringfügige traumatische Reizungen in Betracht zieht.

Im vorigen Jahre suchte der Züricher pathologische Anatom Ribbert[1] der uns hier beschäftigenden Frage näher zu treten. Seine Darlegungen geben ein interessantes Resumé über den gegenwärtigen Stand derselben vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus, sie werden aber den Bedürfnissen der Klinik nur in geringem Maße gerecht. Letzteres kann m. E. auch nur erwartet werden, wenn in erster Linie die zur Entscheidung dieser Frage berufenen Chirurgen, besonders die eine umfangreiche Unfallpraxis ausübenden

[1] Ribbert: In wie weit können Neubildungen auf traumatische Einflüsse zurückgeführt werden? Sachverständigen-Zeitung. Verlag von R. Scholtz. Berlin, 1898. No. 19 u. 20.

Chirurgen derselben ihre Aufmerksamkeit zuwenden. Ribbert kommt zu dem Schluss, dass wir auf Grund theoretischer Erwägungen und der bisherigen thatsächlichen Befunde zwar dem Trauma eine gewisse Rolle bei der Genese der Neubildungen werden zuerkennen müssen, dass wir aber noch keineswegs wissen, wie weit wir im Allgemeinen und wie weit wir im Besonderen in Anbetracht der verschiedenen Geschwulstformen in der Annahme eines solchen Zusammenhanges gehen dürfen. Seiner Ansicht nach — und diese Ansicht ist vorläufig auch die meinige — werden wir nicht gerade viele Tumoren aus einem Trauma im eigentlichen Sinne, d. h. einem einmaligen Stoß, einer Quetschung und dgl. ableiten dürfen. Etwas anders verhält es sich nach Ribbert mit dem indirekten Zusammenhang, wenn er durch eine an die Verletzung sich anschließende Entzündung vermittelt wird. Ihm kann man wahrscheinlich eine größere Rolle für die Genese der Tumoren vindiciren, doch werden erst weit besser als bisher fundirte klinische Beobachtungen uns darüber aufklären können.

Mit diesen Schlussfolgerungen des neuesten Autors auf diesem Gebiete werden Sie Alle übereinstimmen. Dieselben beweisen uns aufs deutlichste die Nothwendigkeit zur Gewinnung einer sicheren Basis für die Beurtheilung solcher Fälle bei Ausübung der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit. Natürlich kann aber eine derartige Kenntnis auf breiterer Unterlage nur auf dem Wege einer Sammelforschung unter Betheiligung möglichst sämmtlicher Fachgenossen gewonnen werden.

v. Volkmann hielt denn auch gerade eine Sammelforschung über diese Frage für besonders erstrebenswerth und angezeigt. Er ist aber leider durch den Tod aus unserer Mitte gerissen worden, noch ehe er zu derselben die Anregung geben konnte. Jetzt veranlassen mich, seinen Schüler, verschiedene einschlägige gutachtliche und obergutachtliche Fälle, welche im Lauf der letzten Jahre an mich herangetreten sind und das weite Auseinandergehen der Meinungen selbst namhafter Chirurgen bekunden, den Gedanken einer Sammelforschung aufzunehmen und Sie, m. H., zu ersuchen, vollzählig an derselben mitzuwirken. Zu diesem Behufe bringe ich die Angelegenheit zuvörderst an dieser Stelle zur Sprache, zu gleichem Behufe werde ich Ihnen binnen Kurzem einen Fragebogen zustellen. Endlich habe ich die Absicht, Ihnen etwa nach Jahresfrist über das Ergebnis der Forschung zu berichten.

Und nun noch Eins! Man hat mich gefragt, ob ich die Absicht habe, eine Geschwulststatistik im Großen in die Wege zu leiten, und mich dabei darauf aufmerksam gemacht, dass solches bereits in früherer Zeit von unserer Gesellschaft angestrebt, aber nicht von Erfolg begleitet gewesen sei.

Dazu bemerke ich Folgendes:

Ich verkenne keineswegs, dass eine Sammelforschung im großen Stile über das umfangreiche und schwierige Kapitel der Geschwülste,

falls eine große Reihe specialisirter Fragen aufgeworfen werden, über welche die Krankengeschichten keine genügende Auskunft zu geben pflegen, außerordentlichen Schwierigkeiten begegnet, und ich verstehe es sehr wohl, wenn sie eben desshalb ergebnislos im Sande verläuft. Hier aber handelt es sich um etwas ganz Anderes, um die Beantwortung lediglich der einen, rein praktischen und klar formulirten Frage, ob Beobachtungen vorliegen, welche erweisen oder mit Wahrscheinlichkeit annehmen lassen, dass die Entwicklung einer Geschwulst gegebenen Falls an ein Trauma sich angeschlossen hat. Diese Frage lässt sich nach den Krankengeschichten in den Kliniken und Krankenhäusern, so wie nach den Aufzeichnungen der einzelnen Ärzte sehr wohl und unschwer beantworten. Auf die Beantwortung dieser Frage werden wir zudem durch die Unfallversicherungsgesetzgebung selbst hingedrängt, und derselben würden wir bei der heutigen Bedeutung und dem heutigen Umfang der letzteren überhaupt nicht mehr lange aus dem Wege gehen können. Bei einer Sammelforschung über diese Frage muss meiner Ansicht nach auch schon desshalb etwas herauskommen, weil nicht nur die positive, sondern auch die negative Antwort, dass einschlägige Beobachtungen nicht vorliegen, für die künftige Beurtheilung derartiger Fälle von Wichtigkeit ist.

So bin ich denn gern bereit, m. H., keine Arbeit und Mühe zu scheuen, um die Beantwortung dieser Frage zu ermöglichen, das Material zu sammeln und zu sichten, und Ihnen nach Prüfung und Zusammenstellung desselben über die Ergebnisse Bericht zu erstatten. Sie aber, und besonders diejenigen Fachgenossen, welche vermöge ihrer Stellung vielfach mit der berufsgenossenschaftlichen Beurtheilung solcher Fälle zu thun haben, fordere ich hiermit auf, mich in meinen Bestrebungen zu unterstützen; denn dass in dieser Frage allendlich Klarheit geschaffen werde, ist gewiss unser Aller Wunsch.

(Selbstbericht.)

---

25) **Perthes** (Leipzig). Über Noma und ihren Erreger.

Durch die Untersuchung von 2 Fällen wurde P. zu der Anschauung geführt, dass die Noma — in diesen Fällen — hervorgerufen war durch einen fadenbildenden Mikroorganismus, der zwischen Bacillen und höher organisirten Fädenpilzen eine mittlere Stellung einnimmt. Es bildet dieser in dem erkrankenden Gewebe Fäden von verschiedenem Kaliber und verschiedener Form. Die stärkeren, älteren Elemente zerfallen in Stäbchen, die jüngeren, feineren Fäden sind homogen, oft relativ sehr lang und haben oft einen mannigfach gewundenen Verlauf. An der Grenze zwischen lebendem Gewebe und nekrotischem Gebiet entsteht aus den feineren Fäden ein sehr dichtes Mycel, welches in das lebende Gewebe hineinwuchert. Die feinsten Endausläufer, welche zwischen den lebenden Zellen vordringen, haben Spirillenform. — Um Gewebsstückchen, welche aus dem Grenzsaum des Erkrankten während des Lebens der Pat. exci-

dirt und in Agar versenkt wurden, kamen unter Luftabschluss, nicht bei Luftzutritt, Fäden von gleicher Beschaffenheit wie im Gewebe zum Wachsthum. Ihre Eigenschaften rechtfertigen die Bezeichnung Streptothrix. — Bei Kaninchen, Meerschweinchen und einem Hunde konnte progrediente Nekrose weder durch Verimpfung von nomakrankem Gewebe noch durch Kulturen erzeugt werden. — Für die pathogene Bedeutung der gefundenen Streptothrix und gegen die Deutung als Saprophyten führt P. folgende Gründe an.

1) Das aus feinsten Fäden bestehende Mycel ist an dem Grenzsaum des nekrotischen Gebiets so dicht, dass es den Tod der Zellen, welche es umwuchert, verständlich macht.

2) Es findet sich nicht in den oberflächlichen bereits zerfallenen Partien, dagegen sehr massenhaft, wo die Nekrose fortschreitet.

3) Die spirillenartigen Endausläufer finden sich zwischen den noch lebenden Zellen. Saprophyten verhalten sich anders.

4) Die erhobenen Befunde waren in beiden Fällen vollkommen übereinstimmend.

5) Die Entstehung sehr ähnlich wie die Noma verlaufender Thierkrankheiten durch sehr ähnliche Mikroorganismen (Streptothrix cuniculi Schmorl, Nekrosebacillus Bang) ist nachgewiesen.

Dass das Mycel bisher nicht beobachtet worden ist, erklärt P. aus dem Umstand, dass bei der gewöhnlich angewandten Löfflerschen und Weigert'schen Färbungsmethode die feinen Fasern ungefärbt bleiben und nur die stärksten Elemente in Form von Bacillen oder Bacillenfäden zur Anschauung kommen.

Auf Grund der mikroskopisch erhobenen Befunde empfiehlt P. von Neuem die möglichst frühzeitige Kauterisation mit dem Ferrum candens bis ins Gesunde. (Selbstbericht.)

---

26) **F. Loewenhardt** (Breslau). Beobachtungen und Demonstrationen von Präparaten: »Über die Orientbeule«.

In letzter Zeit ging durch die Tageszeitungen die Nachricht, dass einzelne Theilnehmer der letzten Palästinareise nachträglich von einer hierorts bisher unbekannten Erkrankung befallen seien, welche als Orientbeule erkannt wurde.

Redner, der Gelegenheit hatte, 3 Fälle dieser Krankheit in Elisabetpol zu studiren und eine Anzahl Präparate, so wie ein von Herrn Piontkowski in Kiew auf Veranlassung des Dr. Lindström angefertigtes, sehr instruktives Wachsmodell vorlegt, erklärte solche mit einigen Worten. Die Orientbeule (Mal de Biskra, Bouton d'Aleppe) ist eine chronische, endemische Hauterkrankung, die in Form von Knoten einzeln oder in Gruppen meist an den unbedeckten Körperstellen auftritt. Sie entwickelt sich in der Regel im Herbst, wo die meisten Insekten zur Entwicklung gelangen. Doch ist der Ätiologie in Vermuthungen der weiteste Spielraum gelassen, eine allseitig anerkannte oder einwandsfreie Reinkultur etc. lag trotz

Carter, Deperet und Boinet, Duclaux, Heidenreich nicht vor. Die von Cunningham gefundenen Körper der Delhibeule sind wahrscheinlich mit den hyalinen Kugeln Riehl's identisch.

Es steht außer Zweifel, dass die endemische Beule in allen Stadien kontagiös ist. Die behauptete Immunität nach einmaliger Affektion ist sicher unrichtig. Die histologische Untersuchung ergab eigentlich nur den Nachweis der Unvollkommenheit rein anatomischer Untersuchungsmethoden.

In allen Fällen beginnt mitten in gesunder Haut ein unbedeutender rother Fleck, der sich in mehreren Wochen ähnlich wie beim Furunkel und einer Reihe anderer Affektionen zu einem erbsen- bis walnussgroßen Knoten heranbildet. Die mittlere Oberfläche ist von einer dünnen Schuppe oder auch Kruste bedeckt. Später tritt im Centrum Zerfall ein, und es bildet sich allmählich ein torpides Geschwür mit reichlicher Sekretion. Die Heilung erfolgt meist spontan durch Granulation, und eine entsprechende Narbe, äußerst charakteristisch und oft sehr entstellend, bleibt zurück. In der Umgebung eines solchen Boutons können sich Gruppen von weiteren Eruptionen ausbilden und auf diese Weise durch periphere Fortpflanzung zu bedeutenden Zerstörungen Veranlassung geben. Die starke Sekretion führt häufig zu erheblichen Krustenbildungen. Die Dauer des sogen. Jahresknotens variirt in ziemlich erheblichen Grenzen.

Differentialdiagnostisch kommen gewisse Syphilome, die Impetigo und auch tuberkulöse Affektionen in Betracht.

Die Neigung zur Nekrose und Geschwulstbildung, dennoch aber der Mangel eigentlicher Tumorbildung, größerer Härte, lassen die Erkrankung im Allgemeinen zwar an die lokalen infektiösen Entzündungen, aber nicht an die Granulationsgeschwülste direkt anreihen.

Redner hat aus der Klientel des Dr. Melis-Begliaroff in Elisabetpol 3 Pat. beobachtet: 1) Ein Kind mit Ulcerationen auf der linken Wange; 2) einen 23jährigen Soldaten. Seit 6 Monaten an der Unterlippe Bouton; 3) eine 40jährige Tatarin mit Narben auf linker Backe und Nase von früher abgeheilten Boutons. Auf dem Rücken der rechten Hand eine größere erkrankte Stelle. Das Bild letzterer Erkrankung entsprach etwa dem vorgezeigten Wachsmodell.

Seine histologischen Untersuchungen des aus Elisabetpol mitgebrachten Materials ergaben, den Befunden früherer Beobachter entsprechend, das Bild der im Corium beginnenden entzündlichen Zustände mit centralen Nekrosen, nur dass man jetzt in der Lage ist, besser als früher gewisse Zelleinschlüsse und Degenerationsprodukte als ätiologische resp. parasitäre Elemente direkt zurückzuweisen.

Untersuchungen auf Mikroben führten zu keinem Resultat.

Dr. Melis-Begliaroff theilte Redner mit, dass die Bevölkerung, welche die Wasserleitung benutzt, von der Erkrankung frei bleibt. Die Beobachtung des Auftretens nach der Rückkehr aus den Tropen entspricht einer Inkubationszeit und ist im Übrigen bekannt. In großem Maßstabe wurden 1883 von Deprez und Boinet bei

einem von Tunis zurückkehrenden Infanterie-Bataillon in Sathonay nachträgliche Erkrankungen und Übertragungen auch auf Soldaten, die nie in Tunis gewesen waren, festgestellt. Auch Kaposi sah 1884 Familienmitglieder eines vom Euphrat zurückkehrenden Arztes nach $2^1/_2$ Monaten erkranken. (Selbstbericht.)

Diskussion.

O. Samter (Königsberg) hat vor 3 Jahren bei der Untersuchung dreier Fälle von Noma ganz ähnliche histologische Bilder gefunden, wie sie von Perthes demonstrirt wurden — nur zeigten seine Organismen keine dichotomische Theilung. Nachdem er bei der Untersuchung zweier weiterer Fälle den früheren Befund nicht wieder erhalten hatte, unterblieb die Veröffentlichung des zuerst gefundenen. Den Nachweis, dass Kulturen der von Perthes gefundenen Fäden Noma erzeugten, hält S. noch nicht für erbracht. Die Möglichkeit der Übertragung auf das Thier sei doch noch nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen; ein Zusammenhang des von Perthes Gefundenen mit dem, was englische Forscher bei der sog. Kälberdiphtherie beschrieben, sei möglich.

Perthes weist im Schlusswort nur kurz darauf hin, dass der Verursacher der Kälberdiphtherie — der Nekrosebacillus oder Streptothrix cuniculi — ja bekannt sei, und dass dieser mit den von ihm gefundenen Fäden nichts zu thun habe. Nach seinen histologischen Bildern sei die Ätiologie der gefundenen Fäden auch ohne Thierexperimente nicht abzuweisen. F. Krumm (Karlsruhe).

---

27) **Tilmann** (Greifswald). Die Theorie der Gehirn- und Rückenmarkserschütterung.

Vortr. berichtet über die Fortführung der Versuche über die traumatischen Läsionen des Gehirns, so weit sie eine Aufklärung geben sollen über die Theorie der Gehirn- und Rückenmarkserschütterung.

Gehirnerschütterung wird meist nur beobachtet bei Verletzungen, die in einem Auffallen des Schädels auf einen harten Widerstand, also in einer plötzlichen Hemmung einer Bewegung bestehen, oder die den ruhenden Schädel durch Mittheilung einer Gewalt in Bewegung versetzen. Selten ist Gehirnerschütterung festgestellt bei Trepanationen, bei Hirnschüssen und bei Gewalteinwirkungen auf den unterstützten Schädel. Desshalb glaubt Vortr. den Grund der Gehirnerschütterung in dem in Folge des verschiedenen specifischen Gewichts verschiedenen Beharrungsvermögen der einzelnen Theile des Schädelinhalts suchen zu müssen. Das Blut, das das größte spec. Gewicht hat (1055), hat das größte Beharrungsvermögen, wird also bei jeder plötzlichen Hemmung des fallenden Schädels zunächst weiter fliegen und die zarten Hirngefäße zerreißen (Apoplexien); die weiße Hirnsubstanz ist schwerer wie die graue, wird also ebenfalls

bei der plötzlichen Hemmung des fallenden Schädels später zur Ruhe kommen, als die graue Substanz. Daraus resultirt eine Gleichgewichtsstörung zwischen grauer und weißer Substanz. Dasselbe findet statt, wenn der ruhende Schädel, der frei schwebend getragen wird, durch einen Schlag plötzlich in Bewegung gesetzt wird. Vortr. zeigt, dass bei jedem Trauma, wo diese Verhältnisse vorliegen, auch Gehirnerschütterung vorhanden ist, und umgekehrt fehlt.

Die Anwendung dieser Theorie auf das Rückenmark ist ohne Weiteres gegeben. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Zu Tilmann's Ausführungen bemerkt Gussenbauer (Wien), dass der Druck im Arterien- und Venensystem ungleich im Vergleich zu den Spannungsverhältnissen der Cerebrospinalflüssigkeit sei. Letztere geräth bei Schädeltraumen in andere Spannungsverhältnisse und erzeugt dadurch Läsionen (Extravasate u. dgl.) im Gehirn.

Jaffé (Hamburg).

---

28) T. Kocher (Bern). Über einige Bedingungen objektiver Heilung der Epilepsie.

Wir stehen im Zeichen des Pessimismus für die chirurgische Therapie der Epilepsie. Während früher zwischen 60 und 70 % Heilung durch Operation (Dougalls, Walsham) verzeichnet war, ist die Zahl über 3 Jahre sicher geheilt gebliebener Epileptiker auf 2—4 % heruntergegangen nach den gründlichen Untersuchungen und Statistiken von Graf und Braun.

Nach Graf's Statistik aus 1898 waren in der Litteratur bloß 8 sichere Heilungsfälle bekannt. Dazu haben im letzten Jahre freilich Schede und Andere noch verschiedene Fälle hinzugefügt.

Immerhin ist das Resultat so, dass wir Chirurgen uns billig fragen müssen, ob nicht bei der immerhin nur sehr relativen Ungefährlichkeit der Operation auf weitere Versuche operativer Heilung dieses Leidens zu verzichten sei.

Es wird erlaubt sein, bevor wir so, ganz entgegen unseren modernen Gepflogenheiten, die Segel streichen, zu fragen, ob nicht vielleicht unsere Operationsmethoden einer Verbesserung fähig sind.

Der neueste Schritt zur Verbesserung scheint nach v. Bergmann, dessen klassische »Hirnchirurgie« als maßgebend anerkannt ist, derjenige zu sein, dass als sicherstes Mittel die Rindenexcision gemacht wird, d. h. die Entfernung des makroskopisch unveränderten Centrums, von welchem die Entladung ausgeht. Mit dieser Methode allein sind nach v. Bergmann 6 Heilungen erzielt unter 20 Operationen, wovon freilich bloß 2 unter den strengen Maßstab Graf's fallen, nämlich nach 3jähriger Beobachtung gesund geblieben zu sein, = 10 %

Bei solchen Resultaten ist es nicht auffällig, dass enthusiastische Anhänger dieser — beiläufig von Hughlings Jackson zuerst empfohlenen, von Horsley ausgeführten (daher nach ihm benannten) Operation —, wie Nancrede, wieder davon zurückgekommen sind. Beiläufig sind die 3 neu zutretenden Fälle von Schede nicht Rindencentren-Excisionen, sondern betreffen 2mal Excision von Hirnnarben, 1mal eine das Gehirn nicht berührende Operation.

Ich habe seit Anfang der 80er Jahre meine Operationen auf Grund einer Theorie ausgeführt, die ich mir nach eigenen Beobachtungen gebildet habe. Dieser Modus faciendi hat mir 6 vollständige Heilungen traumatischer Epilepsie ergeben resp., wenn ich nach Graf's Maßstab rechne, sogar 8 Heilungen, die bedeutend länger als 3 Jahre Bestand gehabt haben.

Dieses günstige Resultat ist Veranlassung geworden, zu untersuchen und untersuchen zu lassen, worin sich die Operationsmethode unterschieden hat in denjenigen unserer Fälle, wo wir Erfolg hatten und wo der Erfolg ausgeblieben ist und diesen Vergleich auch durchzuführen auf 175 Operationen für Epilepsie, welche Dr. Schär-Bern in Benutzung und Ergänzung der Statistik von Graf und Braun für mich zusammengestellt hat.

Mit den paar Heilungsfällen, die über 3 Jahre dauern, lässt sich nach dieser Richtung nichts anfangen. Denn schließlich ist man auch nach 3 Jahren nicht sicher; wir haben Recidive nach 5 Jahren vollkommenen Wohlbefindens gesehen. Man muss vielmehr alle Fälle berücksichtigen, die sich während der Beobachtung zunächst mit positivem oder negativem Erfolg abgeklärt zu haben scheinen ohne Präjudiz für die Frage radikaler Heilung. Wir haben aus den 175 Fällen Schär's die wenigstens 3 Monate und dann die weniger lange beobachteten gruppirt.

Da ergiebt sich denn in erster Linie die Bestätigung einer bekannten Thatsache, des von Féré aufgestellten und von v. Bergmann »ohne Weiteres« angenommenen Satzes, dass diejenige Behandlung, welche die Ursache der Epilepsie angreift, auf Heilerfolge rechnen kann.

Von 19 Fällen, wo nach der Trepanation auf der Dura drückende Knochenkanten und -splitter, Adhäsionen, Abscesse gefunden wurden und beseitigt werden konnten, sind unter Weglassung der nicht verwerthbaren »Besserungen« 68,3% der Fälle geheilt worden, 19,0% haben Misserfolg aufzuweisen.

Noch glänzender ist das Ergebnis, wo die Dura gespalten und Knochensplitter oder ins Gehirn eindringende Narben entfernt wurden; da betragen die Heilungen 88,8% und 85,7%, und unmittelbarer Misserfolg ist gar nicht verzeichnet.

Ähnlich sind die Heilerfolge bei der seltenen Tumorenentfernung und Abscessentleerung. Völliger Misserfolg ist Ausnahme.

Weniger gut sind die Erfolge einer Beseitigung von Cysten mit 47,8% Heilungen und 26,3% Misserfolgen, aber dies erklärt

sich leider aus der häufigen Wiederbildung der Cysten, zumal bei nicht korrekter Operationsmethode.

Wenn wir in den genannten Fällen Knochensplitter, Cysten, Narben als Ursachen gelten lassen, weil ihre Entfernung die Krankheit beseitigt, so sehen wir nun bei Vergleich zweier weiterer Operationskategorien, dass es noch eine weitere, eben so gut gestützte Ursache der epileptischen Krämpfe giebt, welche nicht allgemein bekannt und anerkannt ist, wir meinen die lokal oder allgemein erhöhte intrakranielle Spannung.

Wenn wir nämlich die Resultate vergleichen bei den Trepanationen, wo keine der bekannten mechanisch erst genannten Ursachen gefunden wurde, ohne und mit Duraspaltung oder -excision, so ergiebt sich da eine sehr beträchtliche Differenz:

Bloß 14,2% Heilungen gegen 57,1% Misserfolge ohne Duraspaltung; dagegen 54,7% Heilungen gegen bloß 9,5% Misserfolge, wo die Dura gespalten worden ist.

Es muss also die Duraspaltung an und für sich einen wesentlichen kurativen Effekt haben, der zu erklären ist. Ja bei näherer Betrachtung ergiebt sich die Berechtigung, auch bei den Fällen von Excision gesunder Rindencentren die Frage aufzuwerfen, ob nicht bei dieser nach v. Bergmann günstigsten Operationsform die Duraspaltung an und für sich als Heilfaktor angesprochen werden kann.

Zu solcher Anschauung ermuthigen schon die bemerkenswerthen Fälle von Schede und Nancrede, wo man Rindenexcisionen indicirt hielt, von der beabsichtigten Entfernung gesunden Gehirns aber abstand, weil das Centrum nicht elektrisch bestimmt werden konnte, oder weil man die Veränderung zu gering fand, wo trotzdem die Pat. bleibend geheilt wurden.

Ferner ergiebt sich eine gewisse Berechtigung zu genannter Auffassung daraus, dass, während nach Entfernung wirklicher Ursachen die Krämpfe sofort oder sehr rasch aufhören, gerade nach Rindenexcisionen diese noch sehr intensiv anhielten, ja sogar zeitweilig gesteigert wurden, ähnlich wie bei Neurotomie wegen Neuralgie.

Endlich ergiebt die Statistik der Rindenexcisionen, dass 33,3% unmittelbaren Erfolgen nicht weniger als 60% sofortige Misserfolge entgegenstehen. Wenn demgemäß die Horsley'sche Operation stets nach ihrem Werth beibehalten werden kann als symptomatisch indicirtes Vorgehen, indem das Centrum der Entladung der Anfälle beseitigt wird, so können wir doch nicht umhin zu behaupten, dass mit dieser Operation eine oder gar die Ursache der Krankheit nicht beseitigt wird.

Freilich scheinen der Statistik nach die Fälle, wo nach Rindenexcisionen bleibende Lähmung eintrat, bessere Enderfolg zu geben als diejenigen mit rasch vorübergehender Lähmung; danach hätte man um so mehr Berechtigung, für die Heilung nach unvollständigen Excisionen nicht die Beseitigung eines Stücks gesunden Hirns, sondern

die durch die Duraspaltung bedingte Entlastung als Heilfaktor hinzustellen.

Wie die Trepanation mit Duraspaltung wirkt, werden wir anderswo aus einander setzen. Es ist eine bleibende Druckherabsetzung im ganzen Schädel, welche wir damit schaffen, und solches erzielen wir allerdings nachhaltiger und intensiver durch Entfernung eines größeren Theils des Schädelinhalts, z. B. durch Drainage; zum großen Theil ist die Duraspaltung aufzufassen als eine Ventilbildung, um Druckschwankungen rasch auszugleichen.

Dass aber auch die bloß lokale Druckentlastung eine Bedeutung hat zur Regulirung der Cirkulation und Beseitigung von Reizzuständen der Hirnrinde, beweisen Fälle, wie diejenigen von Nancrede, wo bei Epilepsie eine genau lokalisirte Handkontraktur, die auf einem kleinen postapoplektischen Defekt der Stirnrinde beruhte, nach Trepanation mit Duraspaltung völlig zurückging.

Dass für solche lokale Druckentlastung der Nutzen der Operation außer von der Art auch vom Ort der Trepanation wesentlich abhängt, das liegt auf der Hand.

Ergiebt uns die Statistik ein reichliches Material zur Beurtheilung der Wirkungsweise gut ausgeführter Trepanation als einer Entlastungsoperation bei Epilepsie, so sind wir jetzt in der glücklichen Lage, dieser Auffassung einen sicheren Boden zu geben durch genaue Prüfung und Vergleichung des Verhaltens unserer eigenen Operirten, dieselbe zur Gewissheit zu erheben durch das Ergebnis experimenteller Untersuchungen.

Dr. Schär und Dr. Beresowsky aus Moskau haben unsere geheilten und die recidivirten Fälle von wegen Epilepsie Operirten einer genauen Prüfung unterzogen, und es hat sich dabei das Resultat herausgestellt, dass die geheilten Epileptiker ein Ventil beibehalten haben, das sich auf die Dauer bewährt hat; die Verschlussmembran ist frei beweglich geblieben, so dass sie bei Druckerniedrigung einsinkt, bei Druckerhöhung sich vorwölbt, während bei den nicht Geheilten und Recidivirten die Schlussöffnung ganz oder zum großen Theil verschlossen ist, entweder knöchern oder durch eine so stramme Narbenmasse, dass dieselbe Unnachgiebigkeit resultirt, wie bei Knochenverschluss. Die Bedeutung dieser Thatsache wird dadurch erhöht, dass ein ganz ähnliches Resultat sich ergiebt, wenn man Schädeltraumen vergleicht, welche mit und ohne Knochen-Duradefekte verlaufen sind.

Während ganz leichte Fälle von Schädeltraumen in relativ häufigen Fällen Anlass zu Epilepsie geben, haben wir schon auf dem internationalen Kongress in Moskau mittheilen können, dass in 18 Fällen komplicirter und Impressions-Frakturen des Schädels, bei welchen wir principiell operativ eingreifen (in Übereinstimmung mit Macewen, Horsley und Anderen), indem wir eingedrückte Knochen heben, vorragende Kantensplitter entfernen, gequetschte Weichtheile beseitigen, bis ins Gehirn hinein, bloß in einem einzigen Falle, und

zwar nach 6 Jahren, Epilepsie eingetreten ist; und doch sind diese Fälle im Durchschnitt über 7 Jahre in Beobachtung.

Auch hier haben wir unsere Fälle nachuntersucht, und es ist durch Dr. Beresowsky festgestellt worden, dass in einer Mehrzahl dieser Fälle eine Ventilbildung auf die Dauer resultirt hat, in anderen freilich nicht. Beresowsky hat eine größere Anzahl von Experimenten mit pathologisch-anatomischen Untersuchungen vorgenommen und festgestellt, dass die Dura eine maßgebende Bedeutung hat für die Art der Ausheilung der Trepanationsdefekte. Wo die Dura geschont, namentlich ihre Vitreaseite völlig intakt ist, kommt es zu Knochenbildung auf deren Oberfläche, welche mit derjenigen der Knochenränder verschmilzt und kleinere Defekte schließt. Ist die Dura defekt oder excidirt, so bleibt an der betreffenden Stelle die Knochenbildung aus. Es ist also bei beabsichtigter Ventilbildung wesentlich, die Dura zu spalten resp. zu excidiren.

Konnten wir so feststellen, dass die sehr schweren Formen von Kopfverletzungen in der Regel ausheilen, selbst eine offene Fraktur bis ins gequetschte Gehirn reicht, ohne dass schlimme Folgen resultiren, so war daraus die wichtige Frage der Bedeutung der Narben und Adhäsionen für die Epilepsie ins rechte Licht gestellt. Haben doch außer v. Bergmann auch Terrier, Nancrede u. A. aufmerksam gemacht, dass offenbar Behandlung der Epilepsie schon aus dem Grunde wenig Aussicht auf Erfolg gebe, weil doch nothwendig stets wieder Narben entstehen. Auch bei Tumorenexstirpation glaubt man desshalb mit der Möglichkeit späterer Epilepsie rechnen zu müssen. Dem ist aber nicht so.

Narben und Adhäsionen machen an und für sich evidenterweise keine Epilepsie, sondern nur bei Mitbetheiligung anderer Faktoren, welche man gewöhnlich als Disposition zusammenzufassen pflegt, aber mit Unrecht stets auf vorgängige Veränderungen bezieht. Auch ohne eine solche sieht man bei denjenigen Narben Epilepsie entstehen, welche unter stärkeren Entzündungserscheinungen sich gebildet haben, wie nach erheblichen Gewebsnekrosen, Hirnquetschungen oder nach gleichzeitigen Infektionen, z. B. als Folge von Abscessen.

Nicht bloß sind da die Narben derber, unregelmäßiger, massiger, sondern sie sind auch mit Cirkulationsstörungen komplicirt, als Rest nachwirkender Infektionen oder als Folge solcher. Aseptische Narben, unter minimalsten Entzündungserscheinungen gebildet, machen als Regel keine Epilepsie, daher die operativen Narben viel weniger als die nach zufälligen Verletzungen entstandenen, und zwar um so weniger, wenn die begleitenden Cirkulationsstörungen mit ihren abnormen Spannungsverhältnissen bei der Operation gleichzeitig beseitigt werden durch Ventilbildung.

Nicht bloß aseptische Narben, sondern selbst aseptisch eingeheilte Fremdkörper machen an und für sich keine Epilepsie. Dr. Ito aus Japan hat in unserer Klinik eine größere An-

zahl von Experimenten an Hunden ausgeführt, bei denen er alle möglichen Fremdkörper an verschiedenen Stellen und in verschiedene Tiefe über und unter die Hirnhäute und ins Gehirn einführte und hat nach monatelanger Beobachtung keine Epilepsie erzeugen können — im Gegensatz zu Luciani, welcher nicht aseptisch operirte und fast alle seine Hunde epileptisch wiedersah, freilich hier und da erst nach Jahresfrist.

Umgekehrt machen wiederum nach Ito's Experimenten in Bestätigung von Angaben anderer Forscher und der klinischen Beobachtung solche Traumen Epilepsie, welche weder zu Narben noch zu Adhäsionen Anlass geben. Wiederholte Schläge auf den Kopf nach Westphal's Methode, die nicht einmal keine Blutungen zu erzeugen vermögen, machen Meerschweinchen in Kürze epileptisch, und hier konnte Ito den Beweis erbringen, dass diese Epilepsie Hand in Hand geht mit ganz erheblicher Zunahme der intrakraniellen Spannung von 40 mm Wasser auf 200, von 45 auf 180, also auf das 4—5fache. Die Messungen sind nach der Ziegler-Franck'schen Methode an der Membrana obturatoria gemacht. Aber nicht bloß das: Die epileptischen Krämpfe blieben auch zurück, wenn man den Druck durch Trepanation und Ventilbildung herabsetzte.

Nach diesen mit großer Ausdauer und Exaktheit von Dr. Ito ausgeführten Experimenten, die ich mir zum Theil selber mit angesehen habe, ist die Thatsache der ätiologischen Beziehung gesteigerter intrakranieller Spannung zur Epilepsie über jeden Zweifel gestellt.

Wir begreifen nunmehr, dass die Bildung von Cysten bei dem Zustandekommen der traumatischen Epilepsie eine große Rolle spielt. Cysten sind die nothwendige Ausheilungsform aller ausgedehnten Hirnzertrümmerungen, wenn sie nach außen abgeschlossen sind. Ein ganz erheblicher Procentsatz unserer wegen traumatischer Epilepsie Operirten zeigten Cysten, entweder umschrieben lokal oder von großer Ausdehnung und mit Kommunikation mit den Ventrikeln als traumatische Porencephalie. Wir begreifen zweitens, warum alle Momente, welche auch ohne Traumen zu Flüssigkeitsansammlungen im Schädel führen, wie Entzündung und Tumoren, eine Disposition zur Epilepsie schaffen; denn jede Flüssigkeitsansammlung im Schädel, wie an anderen Körperstellen (bei Cysten, Hydrocelen, Gelenkergüssen) ist erheblichen Schwankungen der Spannungsverhältnisse unterworfen, und gerade bei Cysten ist es sehr bemerkenswerth, dass nicht bloß die auf motorische Centren lokalisirte Spannungsvermehrung Anlass zu Erregungen und Krämpfen bietet, sondern auch allgemeine Spannungserhöhung durch Fernwirkung großer in Hinterhaupts- oder Stirnlappen liegender Cysten. Nach Horsley steigert sich die Erregbarkeit der Centren mit zunehmender Spannung, und kann dann auch bei Fernwirkung ein besonders erregbares Centrum zuerst reagiren.

Nach den obigen Erörterungen erscheint es uns gerathen, bei jeder Operation für Epilepsie, auch wo man das Glück hat, die gewöhnlichen Ursachen traumatischer Epilepsie in Form von Splittern, Narben und Cysten zu finden und beseitigen zu können, auf die von uns nunmehr sicher gestellte weitere Ursache Rücksicht zu nehmen und die Operation so einzurichten, dass man auch der lokalen und allgemeinen Vermehrung intrakranieller Spannung Rechnung trägt. Vollends wo man jene schädlichen Momente nicht nachweisen kann, ist die Rücksicht auf die letztgenannte Ursache entscheidend für den Heilerfolg. Je nach dem Fall kommt dabei die beschränkte lokale Entlastung in Frage, oder eine allgemeine.

Zur lokalen Entspannung gehört nach den Erfahrungen in der Berner Klinik und nach Beresowsky's Untersuchungen außer der bleibenden Entfernung eines umschriebenen Knochenstücks durch Trepanation die Spaltung, besser Excision der Dura. Wir machen mit Doyen's Fräse eine kleine Öffnung, erweitern dieselbe durch die Zange von Arbuthnot Lane, die uns dazu das beste Instrument zu sein scheint, spalten dann die Dura unter sehr vorsichtiger Schonung der weichen Häute erst kreuzförmig und tragen dann die Zipfel ab.

Zur Erzielung allgemeiner Entspannung giebt es 2 Mittel: Bei Cysten und Flüssigkeitsansammlung in den Ventrikeln die Drainage, welche aber, wie wir es gethan haben, jahrelang durchgeführt werden muss. Nach verschiedenen Versuchen subkutaner Drainirung in Mikulicz' Sinne sind wir zu dem einfachsten Verfahren zurückgekehrt, ein Silberröhrchen in der Höhle zu fixiren, das durch einen einfachen Verband monatelang ohne Schaden belassen werden kann.

Oder man sucht die Druckentlastung im Lannelongue'schen Sinne durch Anlage großer Öffnungen im Schädel mit beweglicher Bedeckung. Wir haben die Wagner'sche osteoplastische Kraniotomie in der Weise modificirt, dass wir den heruntergeklappten Knochenlappen rings verkleinert haben, so dass eine fingerbreite Rinne zurückblieb. Der Lappen wuchs aber doch wieder narbig fest im Verlauf der Zeit, und die Epilepsie recidivirte. Beresowsky empfiehlt, aus der Dura, dem Rande des Knochenlappens entsprechend, eine Excision unter Schonung der Gefäße zu machen. Wir haben nach seinem Rath einige Male operirt.

Aber im Allgemeinen haben wir den Eindruck, dass in den letzten Jahren mit Anlegen viel zu großer Öffnungen mittels des osteoplastischen Verfahrens, speciell mit der Hemikraniotomie sehr viel gesündigt worden ist. Auch wenn diese noch so rasch und brillant ausgeführt werden kann, stellt sie stets einen schweren Eingriff dar, nicht der Blutung wegen, sondern hauptsächlich wegen der erheblichen Cirkulationsstörungen, welche nothwendig für das dem geschlossenen Schädel angepasste Gefäßsystem des Ge-

hirns erfolgen müssen, welche wir schon bei Drainage großer Cysten öfters ängstliche Dimensionen annehmen sehen. Zeigen doch Fälle von König u. A., dass bei zu großen Schädeldefekten Epilepsie als Folge der diese begleitenden Störungen der Cirkulation auftreten und durch Plastik geheilt werden kann. Wir würden desshalb vorläufig die Bildung ev. wiederholter multipler kleinerer Ventile vorziehen, wie sie schon Schädel aus alten Zeiten aufweisen. Es ist dabei leichter, die für den Schutz der Hirnrinde wesentliche Schonung der weichen Hirnhäute durchzuführen, deren Bedeutung auch aus Beresowsky's pathologisch-anatomischen Untersuchungen erhellt. Es ist sogar die Frage, ob nicht bei ins Gehirn dringenden Verletzungen die weichen Häute event. durch Transplantation anderer Serosen (Tunica vaginalis) zu ersetzen wären, um die Hirnrinde möglichst vor nachträglichem Schaden zu bewahren.

Es sei zum Schluss nun nochmals hervorgehoben, dass in der sicheren Feststellung der vermehrten intrakraniellen Spannung eine Erklärung des unbekannten Etwas, welches man »epileptische Veränderung« oder auch »Status epilepticus« nennt, gefunden ist, nämlich eine für den Ausbruch der Epilepsie bedeutungsvolle Disposition in Form von zum Theil angeborener, zum Theil durch vorgängige (von Entzündungen) oder begleitenden (Tumoren) Krankheiten erworbener, zum Theil endlich durch das Trauma selber herbeigeführter anatomischer Veränderung, welche nicht bloß für die chirurgische Therapie angreifbar ist, sondern auch für die interne uns den Weg weist, nach druckherabsetzenden Mitteln zu suchen, welche endlich einer direkten Messung zugänglich ist Behufs bestimmter Diagnose und Prognose für den individuellen Fall. Wir haben für intracerebrale Antitoxineinspritzungen bei Tetanus eine Methode mitgetheilt, die uns erlaubt, einen Seitenventrikel und so natürlich auch ev. eine Cyste zu punktiren, ohne auch nur den kleinsten Schnitt zu machen, unter Anwendung des Drillbohrers bei lokaler Cocainisirung. So wird man auch eine event. nöthige Druckbestimmung machen können. Mag man sich aber zu Händen der außerordentlich wichtigen Prophylaxe der Epilepsie für die Zukunft gesagt sein lassen, dass häufig nicht die Eröffnung des Schädels bei Kopfverletzungen den größten Schaden bringt, sondern der Verschluss derselben, ein Paradoxon, wie es mit guter Berechtigung auch für gewisse Unterleibsverletzungen ausgesprochen worden ist.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Gussenbauer (Wien) stimmt Kocher nicht in allen Punkten bei. So bleibt nach einfacher Narbenexcision am Schädel die Epilepsie oft lange aus, eben so bei osteoplastischer Resektion, auch wenn das Knochenstück wieder fest einheilt. Jaffé (Hamburg).

v. Bergmann (Berlin): Die Frage von der Heilbarkeit der Epilepsie durch chirurgische Eingriffe ist noch voller Widersprüche. Es darf bei der Beurtheilung derselben nicht außer Acht

gelassen werden, dass, wie Féré, Jolly und Unverricht hervorheben, es keine Epilepsie giebt ohne das Bestehen der sog. spasmophilen Veränderung. Der damit bezeichnete Zustand des Centralnervensystems ist in den meisten Fällen angeboren, und zwar handelt es sich in der Regel um hereditäre Belastung in nervösem Sinn, bisweilen jedoch auch um Abstammung von alkoholischen Eltern. In anderen Fällen ist die spasmophile Veränderung traumatischen Ursprungs.

Nur diejenigen Fälle sind zur Beurtheilung der traumatischen Epilepsie verwerthbar, bei welchen die hereditäre Belastung nicht besteht; und es liefern in dieser Beziehung die Kriegsverwundeten ein verhältnismäßig zuverlässiges Material, weil bei der Aufnahme in den Militärdienst Epileptische ausgeschlossen werden, und weil andererseits die auf hereditärer Basis beruhende Epilepsie in der Regel sich vor dem 20. Jahre äußert. Es sei noch bemerkt, dass die Anlage zur Epilepsie nicht nur durch Verletzungen des Hirns, sondern auch durch Einwirkungen von der Peripherie her erzeugt werden kann.

Bei nicht epileptisch veranlagten Individuen kann die Operation Heilung bewirken, wenn sie zu einer Zeit ausgeführt wird, wo die spasmophile Veränderung des Hirns noch nicht zu Stande gekommen ist.

Die Behandlung hat sich einestheils gegen diese spasmophile Veränderung zu richten (Indicatio morbi), hat aber auch andererseits der Indicatio causalis zu genügen. Die erstere Forderung wird von Kocher dadurch zu erfüllen gesucht, dass er den Hirndruck direkt durch Trepanation herabsetzt. In analoger Weise soll die neuerdings in Anwendung gebrachte Sympathicusdurchschneidung durch Herabsetzung des Drucks auf die spasmophile Veränderung einwirken.

Wichtiger als diese erste Indikation scheint mir die zweite, die kausale, zu sein, welche zum Zweck hat, die anatomischen Veränderungen (Narben, Exostosen, Geschwülste etc.) zu entfernen, welche die direkte Ursache der Epilepsie darstellen. Hier lassen sich recht gute Erfolge erzielen sogar bei bestehendem Status epilepticus. Leider sind dieselben aber nicht immer anhaltend, und ich habe in einem Falle noch nach 4 Jahren Recidiv gesehen.

Ich stelle Ihnen bei dieser Gelegenheit einen Fall vor, der für die Theorie von Kocher zu sprechen scheint.

Es handelt sich um ein Mädchen, das eine große von einem Geburtstrauma herrührende, porencephalische Cyste aufwies. Sie zeigte dabei eine halbseitige, spastische Lähmung, Verminderung der Intelligenz und epileptische Anfälle; in den Schädelknochen bestand eine Lücke, über welcher die Haut in der Regel flach hinweg ging, während sie sich bei den epileptischen Anfällen, so wie beim Senken des Kopfes vorwölbte.

Ich habe in zwei Sitzungen den Defekt durch einen König-schen Haut-Knochenlappen zum größten Theil geschlossen, in der Weise jedoch, dass noch eine Lücke besteht, welche nach Kocher'scher Auffassung als Ventil funktioniren dürfte.

Die epileptischen Anfälle haben aufgehört, wobei ich jedoch noch bemerken will, dass eine mehrere Monate dauernde Drainage der Cystenhöhle ausgeführt worden war.

Nebenbei gesagt, bietet die Meningocele traumatica spuria ein so konstantes klinisches Bild dar, dass man glauben könnte, es liege noch etwas Anderes vor als bloß ein Trauma.

In einem anderen, von mir operirten Falle von Meningocele spuria traumatica, wo trotz einer gewaltigen Geschwulst weder Krämpfe noch Lähmungen bestanden, ging das Kind kurz nach der Operation im Collaps zu Grunde. Der Defekt in der Hirnsubstanz reichte, wie die Autopsie bewies, in den Ventrikel hinein.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

Lauenstein (Hamburg) pflichtet Kocher bei, dass durch Druckentlastung des Gehirns allein Epilepsie geheilt werden könne. Er berichtet über einen 20jährigen Mann mit schwerer Epilepsie, zahlreichen Anfällen, Lähmungen und Amaurose. Trotz breiter Eröffnung der Schädelhöhle mit Wagner'schem Lappen fand L. keine pathologische Veränderung, weder eine Cyste noch abnormen Inhalt. Nach der Operation trat zuerst Hirnvorfall auf. Trotzdem erfolgte seitdem kein Anfall mehr, die Amaurose wurde gehoben, die Intelligenz gebessert, nur die Armlähmung blieb bestehen. Der Knochenlappen liegt jetzt erhöht auf der Schädelwunde. — Man soll also Defekte nach Schädeloperationen bei Abwesenheit lokaler Veränderungen nicht völlig schließen.

v. Bergmann demonstrirt einen Mann, der im Jahre 1895 sich in die rechte Schläfe geschossen hatte. Nach 2 Monaten traten epileptische Anfälle auf; Operation mit Wagner'schem Lappen. 1897 wurde ein Hirnabscess diagnosticirt und eine 2. Operation gemacht. Die Epilepsie hörte seitdem auf, nur blieben einige Fisteln zurück, aus denen später nekrotische Knochenstücke entfernt wurden. Bei unlängst vorgenommener Röntgenuntersuchung zeigte sich, dass das Geschoss in der — Highmorshöhle liegt.

v. Beck (Karlsruhe) berichtet über 8 Fälle operirter Epilepsie, die er seit mehreren Jahren beobachtet. 3 davon sind seit längerer Zeit geheilt. Bei osteoplastischer Operation blieb die Epilepsie aus, so lange der Knochenlappen nicht fest eingeheilt war, trat aber dann regelmäßig wieder auf. Dieselbe Beobachtung machte v. B. beim Fortlassen von Drainröhren. Zum Schluss berichtet v. B. über den Obduktionsbefund in einem Falle von Porencephalie.

Jaffé (Hamburg).

---

29) **Krönlein** (Zürich). Über Schädel-Hirnschüsse aus unmittelbarer Nähe, mittels kleinkalibriger Mantelgeschosse.

Das Bild der Zerstörung, welches die modernen Handfeuerwaffen bei Schüssen aus unmittelbarer Nähe (à bout portant) auf den menschlichen Schädel anrichten, ist im Ganzen ein recht uni-



formes: Auseinandersprengung der Schädelkapsel in zahlreiche Fragmente und Zertrümmerung des Gehirns und Umwandlung desselben in einen formlosen Hirnbrei sind die gewöhnlichen Befunde, welche uns mitgetheilt werden. Dem entsprechend lautet auch die Prognose solcher Nahschüsse fast immer letal; ja der immediate Tod gleich nach der Schussexplosion ist bei unseren besten Handfeuerwaffen die Regel. Alles das zugegeben, so muss doch hervorgehoben werden, dass nach zwei Richtungen hin diese aus den Leichenexperimenten und der klinischen Beobachtung gewonnene Anschauung eine wesentliche Einschränkung erleiden kann, einmal in morphologischer Beziehung und ferner mit Rücksicht auf die Prognose solcher Schädel-Hirnschüsse. K. ist in der Lage, über 4 Fälle von Schädel-Hirnschüssen aus unmittelbarer Nähe berichten zu können, welche das Gesagte trefflich illustriren. Die Schussbedingungen waren in so fern bei allen 4 Verletzungen dieselben, als stets nur das schweizer. Repetirgewehr Modell 1889 zur Anwendung kam, und der Schuss von den Selbstmördern immer aus nächster Nähe (à bout portant) gegen Schädel und Gehirn abgefeuert wurde. Ohne Ausnahme bestand die Munition aus der schweizer. Ordonnanzpatrone, welche zu dem Repetirgewehr von 7,5 mm Kaliber und 600 m Anfangsgeschwindigkeit gehört. Die ganze Patrone wiegt 27,5 g; das Geschoss, bestehend aus Hartblei und vorn mit einer vernickelten Stahlkappe gepanzert, wiegt 13,8 g.

Verschieden ist in den einzelnen Fällen nur der Ort der Einschussöffnung am Schädel und die Richtung des Schusskanals. Aus den Beobachtungen, über welche K. referirt, dürfte die Wichtigkeit dieser beiden Momente für den Schusseffekt besonders deutlich hervorgehen.

Die merkwürdigste der Beobachtungen K's. ist folgende:

1) 32jähriger Mann. Selbstmord. Schuss in die linke Schläfengegend. Beobachtung von Dr. Paul Wiesmann in Herisau vom 3. November 1895.

Der Mann, Wachtmeister bei der schweizer. Armee, hatte sich von Hause mit seinem Ordonnanzgewehr entfernt und war 2 Tage später als Leiche auf einer einsamen Wiese gefunden worden. Zwischen den Beinen lag das Gewehr mit der leeren Hülse einer Ordonnanzpatrone. Die Leiche lag vollständig ausgestreckt auf dem Rücken, rechts vom Kopfende der zerrissene Hut; auf derselben Seite, 2 Fuß vom Kopf der Leiche entfernt lagen in einem Stück die beiden Großhirnhemisphären auf dem Grase, mit der Konvexität nach oben; einen Meter weiter noch das Kleinhirn, von dem aber nur die eine Hemisphäre vollständig erhalten, die andere dagegen zertrümmert war. Neben dem Kleinhirn befanden sich einige Knochensplitter. Eine genaue Besichtigung des Großhirns zeigt, dass dasselbe am verlängerten Mark quer abgerissen ist; an der Konvexität ist es ziemlich intakt und weist auch keinerlei Blutergüsse in die Pia auf;

an der Basis dagegen ist es ziemlich stark zerfetzt, wie aufgefurcht. Ein Schusskanal im Gehirn lässt sich nirgends nachweisen. Die Untersuchung des Schädels ergiebt zunächst, dass derselbe rechterseits an der Konvexität weit aufgerissen ist, so dass man in die fast völlig leere, nur einige Krusten eingetrockneten Blutes enthaltende Schädelhöhle hineinsehen kann. Über dem linken Ohr ist eine 4 cm lange und $2^1/_2$ cm breite, in ihrem oberen Theil kreisrunde, unten mehr schlitzförmige Wunde (Einschussöffnung). Auf der gegenüberliegenden rechten Seite ist eine mindestens 20 cm lange und 8—10 cm breite Wunde, und zwar nicht bloß der Kopfschwarte; sondern es fehlt hier das Schläfenbein und ein Theil des Seitenwandbeins. Das Stirnbein ist seiner ganzen Länge nach in der Mitte gebrochen; ein anderer Bruch läuft durch den Orbitaltheil. Das Dach der Orbitae ist mehrfach zersplittert; ein Längsbruch geht in der Richtung der Pfeilnaht bis zur Kranznaht u. s. f. Endlich geht eine Querfraktur der Basis von einem Felsenbein zum anderen. Die Felsenbeine selbst, besonders das linke, sind stark zertrümmert. Durch die genaue Untersuchung des Gewehrs in allen seinen Theilen wurde von fachmännischer Seite festgestellt, dass der Selbstmörder sich nur der Ordonnanzpatrone bedient hatte, und dass ein sog. »Wasserschuss« sicher ausgeschlossen werden kann.

K. demonstrirt das gut erhaltene Großhirn und die in zahlreiche Splitter aus einander gesprengte und hinterher künstlich wieder zusammengefügte Schädelkapsel.

So wenig diese Beobachtung mit der geläufigen Theorie der Schädel-Hirnschüsse in Einklang zu bringen ist, so sehr weicht die folgende Beobachtung mit Bezug auf die Prognose von der gewöhnlichen Erfahrung über Nahschüsse ab.

2) 25jähriger Mann. Selbstmord. Einschuss in der linken Schläfengegend, unmittelbar nach oben und außen von dem linken Auge; Ausschuss in der rechten Schläfengegend. Linkes Auge vollständig zertrümmert. Hirnausfluss aus der Ausschussöffnung. Beobachtung von Prof. Dr. Schlatter im Kantonspital Winterthur.

Auch hier kam das schweizer. Ordonnanzgewehr und die schweizer. scharfe Ordonnanzpatrone zur Anwendung mit Voll-Ladung. Die Verletzung fand am 6. Februar 1899 in dem Zimmer des Pat. statt; über die näheren Umstände giebt Letzterer, der gegenwärtig der Heilung entgegengeht, die genaueste Auskunft. Nach des Kranken Mittheilung betrug der Abstand der Laufmündung von der linken Schläfe höchstens 5 cm. Beim Abfeuern verspürte er einen starken Stoß in der Schussrichtung, so dass er vom linken zum rechten Bettrand und etwas kopfwärts geschoben wurde. Schmerzen empfand Pat. zunächst nicht und eben so wenig war er auch nur einen Moment bewusstlos.

Glatter Heilverlauf bis jetzt; doch sind die Wunden noch nicht völlig geheilt. (Mittheilung vom 20. April 1899.)

Das Ungewöhnliche in diesem Falle ist, dass ein kleinkalibriges Stahlkappenprojektil, aus einer der besten modernen Handfeuerwaffen, à bout portant abgefeuert, den vorderen Pol des Schädelsyphäroids und das Stirnbein perforiren konnte, ohne dass es zu der gewöhnlichen Sprengwirkung kam, und ohne dass Pat. auch nur einen Moment das Bewusstsein verlor.

Zwei weitere Beobachtungen, welche K. ebenfalls der Güte seines ehemaligen Sekundararztes, Herrn Dr. P. Wiesmann in Herisau, verdankt, zeigen das bekannte Bild ausgedehnter Schädelzersprengung und Hirnzertrümmerung und sind, mit den oben mitgetheilten Fällen verglichen, in so fern von Interesse, als sie beweisen, dass dieselbe Schusswaffe, unter scheinbar sehr ähnlichen Außenbedingungen, doch außerordentlich verschiedene Wirkungen am Schädel und Gehirn des lebenden Menschen erzeugen kann, je nach der Lokalisation und der Richtung des Schusskanals. Es wäre vielleicht von Werth, wenn diese beiden Momente in Zukunft bei den experimentellen Untersuchungen über den Mechanismus der Schädel-Hirnschüsse etwas mehr Berücksichtigung finden würden, als es, wie es scheint, bisher der Fall war.

Die beiden Beobachtungen sind:

3) 33jähriger Mann. Selbstmord. Schuss in die rechte Stirngegend.

Die Sektion der Leiche, von Dr. Wiesmann am 15. Oktober 1895 vorgenommen, ergiebt: das Schädeldach zeigt eine weitklaffende Öffnung, aus welcher Knochensplitter und Hirnmasse heraushängen. Am Boden befindet sich eine aus Hirn und Blut bestehende Lache. Rechts von der Mitte der Stirn ist eine 4 cm lange senkrecht stehende schlitzförmige Wunde mit gequetschten Rändern; die Umgegend geschwärzt; $1^1/_2$ cm oberhalb dieser Wunde beginnt eine zweite, weitklaffende, zerfetzte Wunde, die bis zum Hinterhaupt hin reicht. Aus dieser heraus hängen eine Menge Knochensplitter und in einen blutigen Brei verwandeltes Gehirn. An der Konvexität fehlt die rechte Hälfte des Stirnbeins. Am rechten Rand des Defekts ist die Hälfte der Einschussöffnung als Halbkreis von 1 cm Durchmesser erkennbar. Es fehlt ferner so ziemlich das ganze rechte Scheitelbein. Das linke Scheitelbein ist noch vorhanden, aber zum größten Theil abgesprengt. Das rechte Schläfenbein ist ebenfalls in mehrere Stücke zerbrochen. Der rechte Stirn- und Scheitellappen sind vollständig zermalmt und in Brei verwandelt. Der linke Scheitellappen ist ebenfalls stark gequetscht und mit Blut durchsetzt. In den Hirnhöhlen ist dunkles, flüssiges Blut. An der Schädelbasis finden sich ebenfalls zahlreiche Frakturen. Das Dach beider Orbitae ist zersplittert.

4) 31jähriger Mann. Selbstmord. Schuss in die Stirngegend.

Die Untersuchung der Leiche, von Dr. Wiesmann am 30. Juli 1898 vorgenommen, ergab Folgendes:

Neben dem Kopf der Leiche ist eine sehr große, mit Hirnbröckeln untermischte Blutlache. Auch sonst sind um die Leiche herum noch zahlreiche Flecken von Blut und Hirnmasse. Ein Stück Schädelknochen liegt ungefähr 4 m weit von der Leiche entfernt auf einer Kommode. An der Stirn befindet sich eine mächtige, sternförmig gestaltete Weichtheilwunde, welche von der Nasenwurzel bis gegen die Haargrenze und von der rechten Augenbraue bis zum linken Stirnhöcker reicht. Unter der Weichtheilwunde ist der Knochen in großer Ausdehnung zersplittert, so dass man direkt in die Schädelhöhle hineinsieht. Am Hinterhaupt befindet sich eine vom Haarwirbel bis gegen den Nacken hin verlaufende Risswunde der Kopfschwarte, aus welcher mit geronnenem Blut vermischte Hirnmasse heraushängt. Nach Entfernung der Kopfschwarte sieht man, dass das Stirnbein ziemlich genau in der Mitte zu einer weit klaffenden Spalte aus einander gesprengt ist. Weiterhin ist die Pfeilnaht aufgerissen etc. Das Großhirn ist in einen mit Blut durchsetzten Brei verwandelt und oberhalb der Brücke abgerissen. Es hängt zu einem großen Theil aus der hinteren Wunde heraus. Das Kleinhirn weist oberflächliche Blutungen auf. An der Schädelbasis finden sich ebenfalls zahlreiche Frakturspalten. Das Dach der rechten Orbita fehlt vollständig.

Im weiteren hatte das Projektil nach der Perforation des Schädels noch die Zimmerdecke und das Bodenbrett und den Strohsack eines in der oberen Etage stehenden Bettes durchbohrt und wurde dort als ein unregelmäßig gestaltetes Bleistück von 3 g Schwere zum Theil aufgefunden. (Selbstbericht.)

---

30) **A. E. Barker** (London). Hirnschuss durch den harten Gaumen, Entdeckung des Geschosses auf dem Corp. callosum durch Röntgenstrahlen. Entfernung desselben durch den Scheitel. Heilung.

Es handelte sich in diesem Falle um einen Herrn, der sich am 20. November 1898 2 Schüsse eines 7 mm-Revolvers in den Mund beigebracht hatte in einer Richtung nach oben und hinten. Nach der Verletzung ging er zu Fuß auf die Polizeiwache ohne etwaige Schwierigkeit. Wie er in die Behandlung kam, blutete er heftig aus einem Loch im harten Gaumen, hatte aber sonst keine Symptome irgend einer schweren Verletzung: nur war eine ganz leichte Parese des rechten Augenlids vorhanden. Nach einigen Tagen ging der scheinbar völlig gesunde Mann auf Besuch.

Am 18. Tage nach der Verletzung fing häufiges Erbrechen an, und 10 Tage später Parese der ganzen linken Seite, die sich immer steigerte, bis am 32. Tage, als er in die Klinik kam, die ganze linke Hälfte des Körpers total regungslos war. Bei seiner Aufnahme konstatirte man auch eine ausgesprochene Stauungspapille mit Hämorrhagien. Durch Röntgenbilder wurden nun die 2 Kugeln entdeckt, und zwar die eine im Körper des Os sphenoidale und die andere genau rechts von der Mittellinie auf dem Corp. callosum unter dem Mittelpunkt zwischen Nasenwurzel und Protub. ext. occipitalis ungefähr $4^1/_2$ cm entfernt von der Oberfläche des Scheitels.

In der Klinik besserte sich der Zustand des Pat. täglich. Das Erbrechen blieb nach einigen Tagen aus; auch die linksseitige Lähmung nahm beständig ab, bis Pat. nach einigen Wochen ziemlich gut gehen konnte, obschon er noch immer an einiger Schwäche in den Gliedern litt. Eine genaue Untersuchung in der Augenklinik ließ auch eine bedeutende Besserung des intraokulären Zustands konstatiren. Unter diesen Umständen schien jedes operative Eingreifen unzulässig: man hoffte durch exspektative Behandlung eine dauernde Besserung zu erzielen. Mittlerweile wurde durch Untersuchungen an einer Leiche festgestellt, dass die erste Kugel ihren Weg etwa durch die Sella turcica genau rechts der Mittellinie, und zwar vor dem Chiasma opticum eingeschlagen hatte, um weiter durch die Ventrikel des Corp. callosum, den Gyrus fornicatus und die Windungen an der inneren Fläche der rechten Hemisphäre vorzudringen, bis sie den betreffenden centralen Punkt des Scheitels getroffen hatte. Ihr Lauf entsprach also genau den Centren des Rumpfes und der oberen und unteren Extremitäten an der linken Seite. Nachher ist sie wahrscheinlich einfach in die Fissura sagittalis zurückgefallen und auf dem Corp. callosum zur Ruhe gekommen.

Am 66. Tage wurde Pat., wie er Abends zu Bett lag, von einem ziemlich heftigen beiderseitigen epileptischen Anfall ergriffen, wobei er bewusstlos wurde. Den Krämpfen ging ein Schüttelfrost mit Temperatursteigerung bis auf 38,1° voran. Am nächsten Tage bekam er zwei ähnliche Anfälle, jedes Mal mit Frösteln und Fieber, und am Tage darauf wieder einen.

Unter Verdacht eines Abscesses in der Umgebung des Geschosses wurde nun sogleich zur Operation geschritten. Zuerst wurde ein viereckiger Haut-Periost-Knochenlappen gebildet, genau rechts vom Mittelpunkt des Scheitels. Als dieser nach außen geschlagen war, konnte man die Dura durch einen halbmondförmigen Schnitt, dessen Schenkel nach innen gerichtet waren, eröffnen. Nach einigen vergeblichen Versuchen, das Geschoss durch die Fissura sagittalis mit einer Zange zu fassen, fuhr man mit dem kleinen Finger die Falx entlang in die Tiefe und stieß sofort in einer Entfernung von etwa $2^1/_2$ cm von der Oberfläche auf das Geschoss. Nun konnte man dieses mit der Zange leicht erfassen und ohne weitere Mühe heraus-

holen. Darauf wurde die Dura vernäht, der Lappen in seine ursprüngliche Lage zurückgeschlagen und durch einige Hautnähte befestigt. Es erfolgte glatte Heilung per primam.

Gleich nach der Operation konstatirte man eine vollständige Lähmung der ganzen linken Körperhälfte. Was aber am meisten imponirte, war die Lähmung der linken Rumpfmuskeln. Dieselbe äußerte sich am klarsten dadurch, dass bei jeder Anstrengung der Nabel sich nach der rechten Seite hinzog und die linke Hälfte des Bauches sich hervorwölbte: machte der Pat. Versuche, sich aufzurichten, so zog sich auch der ganze Körper nach der rechten Seite.

Es dauerte aber nur einige Tage, bis die Bewegungen in beiden linken Gliedern wieder zurückgekehrt waren. Auch Sensibilitätsstörungen wurden ganz allmählich ausgeglichen, und nach einigen Wochen konnte Pat. aufstehen und mit einem Stock herumgehen.

Heute, am Ende des 3. Monats, kann er ohne Stock gehen, hat aber immer noch etwas Schwäche im linken Bein und ein wenig Unsicherheit im Gange, der sich allerdings täglich bessert. Die Schmerzen, die er früher sowohl in der linken Wade wie auch im Vorderarm und in der Schulter bei jeder forcirten Bewegung spürte, sind fast gänzlich verschwunden; nur in der Schulter kommen sie noch immer zum Vorschein, wenn er den ganzen Arm nach hinten führt.

Das Hauptinteresse dieses Falles besteht darin, dass man im Stande war, eine ganze Reihe Beobachtungen über durch eine beschränkte Verletzung des menschlichen Gehirns hervorgebrachte Sensibilitätsstörungen so wie motorische Lähmungen anzustellen, die hier nicht weiter erörtert werden können. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Gussenbauer (Wien) glaubt den 1. Fall Krönlein's durch Wirkung einer hydraulischen Pressung erklären zu können. Dieselbe wirkte auf die subarachnoidealen Räume und die darin enthaltene Flüssigkeit, welche den Schädel sprengte und das Gehirn in toto abriss.

Jaffé (Hamburg).

---

31) **W. Körte** (Berlin). Demonstration eines Trepanationspräparats.

Vortr. berichtet über einem Fall, in welchem die Erkrankung des Gehirns in Folge von Otitis media nicht auf dem Wege der Venen, oder perivaskulären Lymphbahnen, sondern durch Thrombose der Arteria carotis interna zu Stande kam.

Bei der Pat. war am 30. August 1898 wegen Otitis media sin. die Radikaloperation gemacht worden. Anfangs December 1898 traten vermehrte Kopfschmerzen auf, am 17. December Lähmung des rechten Facialis des rechten Armes und motorische Aphasie. Fieber bestand nicht.

Es wurde die Diagnose auf einen Abscess im linken Schläfenlappen gestellt, und demgemäß am 20. December 1898 dicht unter dem linken Ohr ein 5 : 6 cm messender Haut-Knochen-Periostlappen nach abwärts geklappt. Durchbohrung des Schädels an 4 Stellen mittels des Collin'schen Perforateurs, Durchtrennung der Knochenbrücke mit Gigli'scher Drahtsäge. Es wurde kein Eiterherd gefunden. Der zurückgeklappte Knochenlappen heilte reaktionslos ein. Die Pat. starb $2^1/_2$ Monat später an zunehmender Kachexie. Bei der Sektion fand sich, dass der tuberkulöse Process im Felsenbein bis in die Spitze zum Canalis caroticus gedrungen war — Thrombose der Art. carotis und multiple (nicht eitrige) Erweichungsherde in der linken Großhirnhemisphäre waren die Folgen.

Der aufgeklappte Knochenlappen war linear eingeheilt.

Vortr. empfiehlt den Gebrauch des Perforateurs und der Drahtsäge für diese Operation. Die Dura muss gegen die Drahtsäge durch untergeschobene Metallstreifen geschützt werden. (Selbstbericht.)

Diskussion.

v. Bergmann (Berlin) zeigt eine von Hirschmann verbesserte Kreissäge zur Trepanation. Mit derselben sägt v. B. nur bis zur Lamina interna, um die Dura nicht zu verletzen, und durchschlägt erstere dann mit dem Meißel. Jaffé (Hamburg).

---

32) Garrè (Rostock). Über Nervenregeneration nach Exstirpation des Ganglion Gasseri als Ursache recidivirender Trigeminusneuralgie.

G. berichtet über einen Fall von Trigeminusneuralgie, bei dem nach Resektion des 3. Astes an der Schädelbasis ein Recidiv zur Exstirpation des Gangl. Gasseri nach Krause Veranlassung gab. Als nach ca. 3 Jahren die Schmerzen im Gebiet des 3. und 2. Astes wiederkehrten, wurden die schon resecirten Nervenstämme wieder aufgesucht; sie hatten sich regenerirt, und mikroskopisch waren normale Nervenfasern ohne Degenerationserscheinungen nachweisbar.

Die wichtigsten Daten aus der Krankengeschichte sind:

J. W., 65jähriger Herr mit rechtsseitiger Trigeminusneuralgie. Linke Seite blieb ganz frei. Alle folgenden Operationen betrafen ausschließlich die rechte Seite.

Juli 1890 Res. des N. mandib.; Mai 1891 Recidiv. Februar 1892 2. Res. des Nerv. mandib. an der Schädelbasis (Madelung). Mai 1895 Exstirpation des Gangl. Gasseri, hierauf 1 Jahr schmerzfrei, dann Schmerz im Gebiete des 3. und 2. Astes. August 1896 Aufklappen des Knochenlappens vom Schädel zur Revision des For. ovale und rotundum. Dünne (Nerven?) Fasern entfernt. For. ovale mit abgemeißelten Knochenstückchen fest zugestopft. $1^1/_2$ Jahr schmerzfrei, dann Recidiv.

März 1898 Neurexairese des N. infraorbitalis; November 1898 Recidiv im Gebiet des 2. Astes mit Tic convulsiv; Wiederholung der Res. des N. infraorbitalis (nach Wagner), der partiell regenerirt war und mehrere ganz intakte Nervenstämmchen ohne Degeneration aufwies. Wegen andauernder Neuralgien im Gebiet des 3. Astes wird im December 1898 auch der Mandibularis zum 3. Mal aufgesucht und zum 3. (resp. 4. Mal!) resecirt. Das 6—7 cm lange Nervenstück von normaler Dicke des N. ling. zeigt nach Marchi gefärbt im ganzen Verlauf zahlreiche Nervenstämmchen mit regelrechtem Endo- und Perineurium, ohne Degenerationserscheinungen. Vorläufig ist der Pat. schmerzfrei geblieben. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Krause (Altona) hat bis jetzt eine Regeneration von Nerven nicht erfahren; er glaubt, dass auch nirgends in der Litteratur ein Beweis für eine solche niedergelegt ist. Die Beobachtung Garrè's wäre also etwas völlig Neues. K. hat nach seinen Ganglionexstirpationen ein Recidiv bis jetzt nicht beobachtet.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

33) **F. Krause** (Altona). Die operative Behandlung der schweren Occipitalneuralgien.

Die Schwierigkeiten, die sich der genauen Bestimmung des primär erkrankten Nervengebiets entgegenstellen, sind bei den schweren Occipitalneuralgien wesentlich größer als im Trigeminusgebiet. Es handelt sich hauptsächlich um die Nn. occipitales major, minor und auricularis magnus; in keinem seiner Fälle fand K. die Schmerzen nur auf einen der 3 Nerven beschränkt. Die anatomischen Verschiedenheiten sind in diesem Gebiet außerordentlich zahlreich; darauf muss das operative Verfahren Rücksicht nehmen.

Der Schnitt durch die dicke Haut beginnt am Hinterhaupt nahe der Medianlinie reichlich 3 cm unterhalb der Protuberantia occipitalis externa, zieht, nur ganz wenig abwärts verlaufend, in der Richtung auf die Spitze des Proc. mastoideus zu, bleibt aber von dieser 2 cm entfernt, steigt nun schräg nach vorn und unten auf dem hinteren Rand des M. sternocleidomastoideus etwa 7 cm herab und endet ein wenig unterhalb der Höhe des Zungenbeins. Fast der ganze Schnitt bis auf einen kleinen Theil verläuft innerhalb der behaarten Kopfhaut, giebt also nach der Heilung eine nur in geringem Umfang sichtbare Narbe. Zugleich liegen im Bereich dieses Schnittes die gewöhnlichen Druckpunkte. Um die peripheren Zweige nicht zu verletzen, sondern als sichere Wegweiser zu besitzen, wird der Schnitt zunächst nur durch die Haut und das Unterhautfett geführt.

Die periphere Ausbreitung der Nerven finden wir dadurch, dass wir die Haut des oberen Wundrandes von der Unterlage nach oben

vorsichtig abpräpariren, und zwar im Allgemeinen in einer Ausdehnung von 1—2 cm.

Centralwärts verfolgt, dringt der N. occip. major durch die Sehne des M. trapezius, dann medial vom Splenius in die Tiefe und durchbohrt weiter den dicken M. semispinalis capitis, dessen Fasern nahezu parallel der Wirbelsäule gerichtet sind. An dieser Stelle pflegt er, auch wenn er in seinem oberflächlicheren Verlauf getheilt war, nur noch einen Strang darzustellen. Um eine genügende Übersicht für das weitere Vordringen in die Tiefe zu gewinnen, muss man die Fasern des M. splenius und semispinalis in querer Richtung nach Bedürfnis einschneiden.

Neben dem N. occipitalis major strebt der Occipitalis tertius, ein Zweig des hinteren Astes des 3. Cervicalnerven, der wohl beachtet werden muss, zum Hinterhaupt empor. Beide Nerven ruhen nach Durchbohrung des Semispinalis capitis auf der tiefsten Schicht der Nackenmuskulatur, nämlich auf der hinteren Fläche des M. rectus capitis posticus major, dann auf der gleichen Fläche des M. obliquus capitis inferior.

Der Stamm des 2. Cervicalnerven liegt außerhalb der Wirbel, daher ist sein Ganglion ohne Knochenoperation von unserem Schnitt aus zugänglich, da zwischen Atlas und Epistropheus kein Foramen intervertebrale vorhanden ist, sondern ihm entsprechend eine mehr als centimeterbreite Intervertebralspalte, in deren seitlicher Ecke lateralwärts vom Ursprung des hinteren Atlasbogens das Ganglion sich befindet. Die Exstirpation würde die gleiche Bedeutung wie die Ausrottung des Ganglion Gasseri bei Trigeminusneuralgie beanspruchen.

Den N. occipitalis minor und auricularis magnus trifft unser Schnitt dort, wo sie am hinteren Rand des M. sternocleidomastoideus ungefähr in der Höhe des Zungenbeins erscheinen, um in fast senkrechter Richtung nach oben weiter zu laufen. Beide Nerven können schon getheilt unter diesem Muskel hervortreten oder verzweigen sich erst im weiteren Verlauf in zwei oder mehr Äste. Der Occipitalis minor liegt entweder dem Auricularis ganz nahe, oder er erscheint höher oben bis zu 4, ja 5 cm oberhalb des Auricularis hinter dem Muskel, durchbohrt auch wohl dessen hinteren Rand.

Im Allgemeinen pflegt der Auricularis magnus der stärkste Nerv des Plexus cervicalis zu sein. Indessen muss man bei der Operation stets auf Abnormitäten gefasst sein und bedenken, dass der eine Nerv eine um so stärkere Entwicklung bietet, je weniger ausgebildet seine Nachbarn sind. Man dringt zwischen Sternocleidomastoideus und Splenius capitis in die Tiefe und verlagert den N. accessorius nach vorn.

Die vorderen Äste der vier oberen Cervicalnerven bilden mit ihren Anastomosen den Plexus cervicalis. Sie treten in einer Rinne, welche die obere Fläche eines jeden Querfortsatzes trägt, aus dem Wirbelkanal hervor und liegen zunächst zwischen den Mm. inter-

transversarii antici und postici, dann lateralwärts von diesen zwischen den Mm. scalenus medius und longus capitis s. rectus capitis anticus major; jener bildet die hintere, dieser die vordere Begrenzung.

Der Occipitalis minor stammt am häufigsten aus dem 3. Cervicalnerven, zuweilen aber aus dem 2. oder aus dem Verbindungsast zwischen zweitem und drittem. Er kann bereits an seinem Ursprung in 2 Äste getheilt sein. Der Auricularis magnus entspringt meist aus dem 3. Cervicalnerven oder aus der Anastomose zwischen drittem und viertem, seltener aus der Verbindung zwischen zweitem und drittem.

Von der Abtrennung der motorischen Äste hat K. keine nachweisbaren Störungen gesehen. Die in Frage kommenden Muskeln sind so zahlreich und werden von so vielen Zweigen der Cervicalnerven versorgt, dass schon aus diesen Gründen etwaige Störungen sich ausgleichen werden. (Selbstbericht.)

---

34) **v. Stubenrauch** (München). Experimentelle Untersuchungen über Phosphornekrose.

v. S. berichtet über eine größere Zahl von experimentellen Untersuchungen, welche sich auf die Entstehung der Phosphornekrose beziehen. Die Versuche wurden an Meerschweinchen, Kaninchen, (um die Wegner'schen Befunde zu kontrolliren), vorzüglich aber an Hunden ausgeführt, in den Experimenten hauptsächlich die Wirkung der Phosphordämpfe auf unverletzte und verletzte Knochen (Schädelknochen, Unterkiefer, Tibia) studirt. Aus den Versuchen ergab sich, dass Phosphordämpfe auf bloßliegendes Periost (in Zahnfleischwunden, Schädelwunden etc.) oder bloßliegenden Knochen (Anbohrung des Kieferknochens vom Zahn aus) keinen specifisch reizenden Einfluss ausüben. Excidirt man Kaninchen Stücke des Zahnfleisches, so dass das Kieferperiost frei liegt, so heilen diese Wunden, auch wenn die Thiere koncentrirten Phosphordämpfen ausgesetzt werden, zu, vorausgesetzt, dass an den Wunden Weiteres nicht geschieht. Werden die genannten Wunden nach der Operation täglich oder alle 2 Tage tamponirt, und die Thiere den Dämpfen ausgesetzt, so entsteht eine circumscripte oberflächliche Nekrose des Knochens, aber nur in der Ausdehnung der Wunde. Das Gleiche ist bei den Kontrollthieren zu beobachten. In einer anderen Reihe von Versuchen wurden Hunde etwa $^1/_2$ Jahr hindurch Phosphordämpfen ausgesetzt, dann der Kieferknochen (Unterkiefer) von einem Zahn aus mit Eiter (Staphylococcus aureus) inficirt. Fast in allen Fällen trat eitrige Ostitis mit circumscripter centraler oder penetrirender Nekrose ein, die sich auf die nächste Umgebung der Infektionsstelle beschränkte.

Auf Grund der Versuche, deren Details ausführlich im Archiv für klinische Chirurgie veröffentlicht werden, kommt v. S. zu folgenden Schlüssen:

Phosphordämpfe üben bei Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden keinen specifischen reizenden Einfluss auf das bloßliegende Periost aus.

Ein der Phosphornekrose des Menschen analoges Krankheitsbild lässt sich bei den zu Versuchszwecken geeigneten Thieren nicht erzeugen.

Die Phosphornekrose ist nach dem heutigen Stand unseres Wissens als eine specifische Krankheit des Menschen aufzufassen.

v. S. vertritt zum Schluss die neueren Anschauungen Kocher's und Riedel's, dass die chronische Phosphorintoxikation allein die Nekrose nicht bedingt, sondern nur im Verein mit Infektion zur Nekrose des Knochens führt, dass somit die Phosphorintoxikation nur die Disposition zur Nekrose liefert. Die Disposition selbst sucht v. S. in einer vielleicht auf Gefäßveränderungen beruhenden besonderen Neigung zur Thrombose der Markgefäße des Kiefers, wofür eine vom Vortr. mitgetheilte Beobachtung sowohl, wie auch die Thatsache, dass anämische Individuen (Frauen nach größeren Blutverlusten) besonders leicht der Kieferkrankheit zum Opfer fallen, spricht.

(Selbstbericht.)

---

35) **E. Holländer** (Berlin). Über den Nasenlupus mit Krankenvorstellungen und Demonstrationen.

Die Frage nach der Ursache der destruktiven Wirkung des Lupus war bisher unaufgeklärt; in dem einen Falle erfolgte sie, in dem anderen blieb sie aus; es war auffallend, dass gerade die schwersten und ältesten Fälle von Lupus oft keine Spur von Destruktion zeigten. Man hatte sich hierbei bisher mit der Annahme einer gesteigerten Virulenz der Tuberkelbacillen oder einer besonders herabgesetzten Widerstandsfähigkeit des Gewebes beruhigt. H. weist an der Hand zahlreicher Fälle nach, dass diese verschiedenen Manifestationen derselben Erkrankungsform gesetzmäßig sind und auf anatomischen Verhältnissen beruhen. H. trennt 2 Gruppen. Die erste zeigt folgende charakteristische Merkmale: sehr ausgedehnte Fülle des ganzen Gesichts, Kopfes, Halses; trotzdem der Process seit Decennien die Nase befallen hat, fehlt jede Destruktion; es fehlen gleichfalls Schleimhautaffektionen der Nase sowohl wie auch die Neigung, auf andere Schleimhäute des Gesichts überzugehen; keine Lymphdrüsenschwellungen; keine Thränengangsleiden so wie merkwürdigerweise keine Neigung, die oberen Luftwege in Mitleidenschaft zu ziehen. Die Prognose quoad vitam günstig. Die zweite Gruppe zeigt folgende Charakterzüge. Der Process ist zunächst auf der Nase lokalisirt; trotzdem er erst kürzere Zeit (2—3 Jahre) dauert, besteht bereits eine Destruktion. In allen Fällen ist die Nasenschleimhaut mitergriffen, andere Schleimhäute, Lippen, Zahnfleisch, Conjunctiva, werden mit Vorliebe mitafficirt; in der Nase findet

man, oft durch Borken kaschirt, tuberkulöse Rhagaden, lupöse Ulcerationen oder tuberkulöse Tumoren. In den meisten Fällen bestehender Destruktion hat sich eine tuberkulöse resp. lupöse Erkrankung der oberen Luftwege entwickelt. Lymphdrüsenschwellungen (submentale) vorhanden.

Die Destruktion selbst entsteht durch 1) therapeutische radikalere Versuche (Messer, Löffel, Paquelin), und 2) durch Perforationen im Septum, 3) durch die vollkommene Auflösung der Nase und der centralen Gesichtspartie in ein widerstandsloses schwammiges, tuberkulöses Gewebe.

Diese zweite Gruppe fasst H. so auf, dass es sich um eine primäre Nasenschleimhauttuberkulose handelt, bei welcher das tuberkulöse Gewebe die Dicke der Wandung durchwächst und als sekundärer Hautlupus auf der Oberfläche erscheint. Im Anschluss an diese primäre Nasentuberkulose entwickelt sich die descendirende Form der lupösen rasch tuberkulösen Erkrankung der oberen Luftwege. Diese Anschauungen sind wichtig für die praktischen therapeutischen Maßnahmen. Die isolirte Exstirpation ist aus dieser Auffassung heraus kontraindicirt. Wirksam können in der Lupusbehandlung nur Elektromethoden sein, in deren Wesen es liegt, dass sie keine Kontaktmethoden sein können. Redner empfiehlt dringend die Anwendung seiner Methode der Luftkauterisation und demonstrirt 6 mit dieser Methode behandelte Fälle von Nasenlupus, worunter sich einige Dauerresultate befinden. (Selbstbericht.)

---

36) **Katzenstein** (Berlin). Demonstration eines Baderahmens für spondylitiskranke Kinder.

Es ist zweifellos, dass bei der Behandlung spondylitiskranker Kinder die Einführung regelmäßiger Bäder sehr erwünscht wäre: Einmal, weil man damit ehestens den lästigen Decubitus, das Ekzem, zu vermeiden im Stande ist, dann aber ganz besonders, weil gerade die Wasserbehandlung den Allgemeinzustand des Körpers zu heben vermag und dadurch indirekt einen günstigen Einfluss auf den Lokalprocess ausübt. Auf keinen Fall darf aber bei dieser Bäderbehandlung die erste Forderung der Spondylitisbehandlung, Immobilisation des erkrankten Theils, außer Acht gelassen werden. In der Erkenntnis, dass die auf einen tuberkulös erkrankten Körpertheil ausgeübte Extension seiner Immobilisation gleich kommt, habe ich diesen Rahmen anfertigen lassen, der seit 4 Monaten in der Abtheilung meines Chefs, des Herrn Prof. Israël, in Verwendung steht, und dessen Benutzung ich nach unseren bisherigen Erfahrungen glaube empfehlen zu können. Er ist viereckig aus Gasrohr gefertigt, ausziehbar und trägt an seiner oberen schmalen Seite eine Extensionsschraube, an der ein Bügel mit Glisson'scher Schwebe befestigt ist. An seinem unteren schmalen Ende finden sich 2 Haken zur Aufnahme der die

Füße des Pat. umschließenden Fußgamaschen. An den Längsseiten des Rahmens befinden sich Knöpfe, an denen Quergurte aus Leinwand befestigt werden. Dieser Rahmen wird um das im Bett befindliche Kind herumgelegt; die Kinder liegen in einem in Extension angelegten abnehmbaren Gips- resp. Celluloidverband, der bei Erkrankung der Hals- resp. oberen Brustwirbelsäule vom Kopf bis zum Becken und bei Erkrankung der unteren Brust- und Lendenwirbelsäule von den Schultern bis zum Knöchel reicht. Bei den Verbänden der 1. Kategorie verwende ich eine Glisson'sche Schwebe im Verband, die zugleich zum Fixiren des Kopfes im Rahmen dient. Bei allen Verbänden liegen zwischen dem Körper und dem Verband Quergurte, die an die oben beschriebenen Knöpfe an den Längsseiten des Rahmens befestigt werden.

Der Kopf des Kindes wird durch die Glisson'sche Schwebe an die Extensionsschraube angeschlossen, die Füße, mit Gamaschen versehen, an die unteren Haken befestigt, die im Verband befindlichen Quergurte beiderseits angeknöpft, und nun tritt die Extensionsschraube in Kraft. Der Grad der Extension entspricht dem, in welchem das Kind im Verband liegt. Wirkt die Extension, so nimmt man den Gipsverband ab und legt das Kind, in den Rahmen eingespannt, ins Bad. Der ganze Vorgang macht dem Kinde nicht die geringsten Schmerzen. (Selbstbericht.)

---

37) **F. Trendelenburg** (Leipzig). Über Resektion der Wirbelbogen wegen spondylitischer Lähmungen.

T. hält die ungünstige Beurtheilung, welche der Laminektomie bei spondylitischen Lähmungen fast ganz allgemein zu Theil wird, nicht für berechtigt. In Deutschland gründet sich diese Beurtheilung besonders auf die Erörterungen von Kraske auf dem 19. Kongress (vgl. König, Hoffa, Goldscheider etc.). Die Ursache der Drucklähmung liegt nach der herrschenden Ansicht fast immer in einem epiduralen Exsudat, nur selten (nach Schmaus und Kraske nur in 2% der Fälle) in einer Verengerung des Wirbelkanals durch die Deviation der Wirbelsäule an sich. Kraske sieht es sogar als nothwendige Voraussetzung für die Operation an, dass die Diagnose eines epiduralen Abscesses feststeht. Es wird eine Mortalität der Operation von über 50% berechnet.

T. führte die Resektion der Wirbelbogen in den letzten 4 Jahren 8mal aus. Die Pat. waren 9, 11, 14, 17, 18, 18, 18, 36 Jahre alt. Die Spondylitis war in den meisten Fällen schon ganz ausgeheilt, bei den übrigen in der Ausheilung begriffen, im frischesten Falle bestand die Krankheit seit 2 Jahren. Die Lähmung war nur in einem Falle kürzlich entstanden, in den übrigen Fällen bestand sie niemals kürzer als 1/2 Jahr, in einem Falle schon seit 17 Jahren. Meist handelte es sich um eine spastische Paraplegie, in einem Falle (epiduraler Abscess) bestand auch eine vollständige sensible Lähmung

und Lähmung der Blase; sonst war die Sensibilität so wie die Funktion von Blase und Rectum nur wenig oder gar nicht gestört. Als Ursache des Drucks fand sich bei der Operation 1mal ein Abscess, 1mal ein käsiger Herd im Wirbelkanal, 1mal eine peripachymeningitische Granulationsmasse, 5mal eine abnorme Enge des Wirbelkanals in Folge der Kyphose ohne sonstige Veränderungen.

Bei der Operation wurde der Gibbus durch Zurückschlagen eines großen, halbkreisförmigen Hautlappens mit breiter seitlicher Basis freigelegt, die Muskeln wurden von den Dornfortsätzen und den Wirbelbogen theils stumpf, theils mit dem Messer abpräparirt und sodann 3—4 Wirbelbogen mit der Luer'schen Zange vorsichtig resecirt. Der Meißel kam nur im 1. Falle zur Verwendung, er ist nicht zu empfehlen. An der freien Beweglichkeit einer neben der Dura nach oben und nach unten eingeschobenen Sonde ließ sich erkennen, dass die Resektion bis in den normal weiten Theil des Wirbelkanals vorgedrungen war. Zum Schluss Katgutnaht der Muskeln über dem Defekt, Hautnaht mit Freilassung von 3 kleinen Wundspalten.

Die Heilung erfolgte immer per primam intentionem. Ein Todesfall im Anschluss und in Folge der Operation kam nicht vor. Ein Knabe starb, aber erst 7 Monate nach der Operation; eine Besserung in den Lähmungserscheinungen in Folge der Operation hatte bei demselben nicht konstatirt werden können. Die übrigen 7 Pat. sind am Leben. — Ein Erfolg der Operation in Bezug auf Zurückgehen der Lähmung machte sich in der Hälfte der Fälle gleich in den ersten Tagen oder Wochen nach der Operation bemerkbar, in der anderen Hälfte der Fälle war zunächst kein Erfolg zu konstatiren, oder es trat auch nach sehr vorsichtigem Operiren — wahrscheinlich in Folge von Ödem des Rückenmarks — zunächst eine Verschlimmerung ein, indem gleich nach der Operation aus der spastischen Lähmung eine schlaffe Lähmung geworden und Blasenlähmung hinzugetreten oder deutlicher geworden war. Diese Verschlimmerung verschwand dann nach einigen Wochen wieder und ging allmählich in Besserung über. Eine wesentliche Besserung im Vergleich mit dem Zustand vor der Operation machte sich aber erst nach 3 bis 9 Monaten bemerkbar. — Nur in 2 Fällen blieb ein Erfolg ganz aus. In den übrigen 6 Fällen war der schließliche Erfolg ein günstiger. Vollständige oder nahezu vollständige Heilung trat in 4 Fällen ein, von denen 1 Fall von epiduralem Abscess sich allerdings unter Bildung eines neuen Abscesses später wieder temporär verschlechterte. 2 Fälle sind noch in Behandlung, bei dem einen ist deutliche Besserung eingetreten, bei dem anderen steht sie zu erwarten.

Ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen einer spontanen Besserung mit der Operation hält T. für ausgeschlossen. Eine solche spontane Besserung kommt nach seiner Erfahrung überhaupt nur ausnahmsweise vor. Von 27 Pat. mit spondylitischer Lähmung, welche von 1882 bis 1898 im St. Jakobhospital in Leipzig behandelt

wurden, starben 14 ohne vorherige Besserung im Krankenhaus. Von den 13 ungeheilt Entlassenen konnte nur über 8 etwas in Erfahrung gebracht werden. Auch diese 8 waren ohne vorherige Besserung gestorben. Die Thatsache, dass die Lähmung häufig erst Monate nach der Operation zurückzugehen beginnt, findet ihre Analogie in den Erfahrungen bei Drucklähmungen peripherer Nerven. Bei Drucklähmung des Radialis nach Humerusfraktur kann es nach der Abmeißelung des Callus noch 2 Monate dauern, bis die ersten Spuren von Motilität sich zeigen, und 1 Jahr, bis die Lähmung vollständig verschwunden ist. Es kommt dabei augenscheinlich weniger auf die Dauer als auf die Intensität des Druckes an.

Auf Grund seiner Beobachtungen empfiehlt T. die Resektion der Wirbelbogen besonders für alle Fälle von vollständig oder nahezu ausgeheilter Spondylitis mit Lähmung, bei denen es sich in der Regel annehmen lässt, dass ein kleiner eitriger oder käsiger Herd oder — was viel häufiger vorkommt als man bisher glaubte — eine Verengerung des Wirbelkanals an der Stelle der stärksten Knickung die Ursache des Druckes ist. Bei frischer Spondylitis und noch deutlich empfindlicher Wirbelsäule ist die Operation im Allgemeinen nicht zu empfehlen, hier kann sie auch schaden, indem sie der kranken Wirbelsäule den letzten Halt nimmt. Bei nicht vollständiger Lähmung schließt auch ein sehr langes Bestehen der Lähmung (bis zu 17 Jahren) einen Erfolg nicht aus. Ob die Operation von Erfolg gewesen ist, kann oft erst nach einem halben bis einem Jahre beurtheilt werden.

2 der geheilten Pat., ein jetzt 19jähriger Mann und ein 15jähriges Mädchen, werden dem Kongress vorgestellt. Vor der Operation (am 5. Oktober 1896 und am 25. März 1898) konnten die Pat. wegen spastischer Paraplegie weder stehen noch gehen, jetzt gehen sie ohne Stock.

Endlich stellt T. einen jungen Mann vor, bei dem vor 3 Jahren an dem Radialis, welcher bei Gelegenheit einer Humerusfraktur durchgerissen war, die sekundäre Nervennaht ausgeführt worden ist. Um die Nervenenden, welche nach der Anfrischung im Gesunden 7—8 cm von einander entfernt waren, ohne Spannung vernähen zu können, wurde ein Stück des Humerus resecirt und die Knochennaht angelegt. Nach $5^1/_2$ Monaten zeigten sich die ersten Spuren von Motilität im Bereich des Radialis, nach einem Jahre war die Lähmung beseitigt. Die Verkürzung des Humerus hat keine Funktionsstörung zur Folge gehabt. T. operirte mit gleichem Erfolg in 2 weiteren Fällen von Radialislähmung in Folge von Humerusfraktur in gleicher Weise. **(Selbstbericht.)**

Diskussion.

Troje (Braunschweig) empfiehlt für die Resektion der Wirbelbogen eine besonders konstruirte Drahtsäge. **Jaffé (Hamburg).**

38) **Martens** (Berlin) stellt einen Pat. aus der König'schen Klinik vor, bei welchem sich zwischen den Ansätzen des rechten Musc. sternocleidomastoideus eine weiche Geschwulst beim Pressen hervorwölbt, die bei Inspiration wieder verschwindet. Differentialdiagnostisch kommt ein Angiom und eine Lungenhernie in Frage. Das Verhalten des Tumors spricht für letztere. (Bei der bald nach der Vorstellung vorgenommenen Herausnahme erwies sich die Geschwulst als ein kavernöses Angiom, welches mit der Vena subclavia in Verbindung zu stehen schien. Der Fall wird anderweitig genauer beschrieben werden). (Selbstbericht.)

---

39) **F. v. Mangoldt** (Dresden). Über die Einpflanzung von Rippenknorpel in den Kehlkopf zur Heilung schwerer Narbenstenosen und Defekte.

Neben den traumatischen Verletzungen des Kehlkopfs, den Verbrennungen und Verätzungen der Kehlkopfschleimhaut durch Einathmung heißer Dämpfe, Verschlucken ätzender Flüssigkeiten, sind es vor allen Dingen geschwürige Processe im Anschluss an Diphtherie, Typhus, Syphilis, Lepra, Rhinosklerose, Lupus, die gelegentlich in ihren Folgezuständen zu Strikturen im Kehlkopf Veranlassung geben. Bisweilen werden auch nach operativen Eingriffen zum Zweck der Entfernung von Geschwülsten Kehlkopfstrikturen beobachtet. Besonders ist hier auf die multiplen Papillome hinzuweisen, die schon in früher Jugend vorkommen und häufiger zu operativen Eingriffen: Laryngofissur, Exstirpation, Verschorfung des Mutterbodens mit dem Paquelin nöthigen, Maßnahmen, die gelegentlich ausgedehnte Narbenstrikturen im Kehlkopf zur Folge haben.

So lange die sich findenden Veränderungen der Kehlkopfschleimhaut weniger ausgedehnt und tiefgreifend sind, verspricht die systematische Dilatation der verengten Stellen einen günstigen Erfolg. Dieser beruht aber nicht weniger auf dauernder Dehnung der einmal entstandenen Narben, als auf Zunahme und Erweiterung des noch gesunden Theils des verengten Bezirks im Luftrohr. Wo es sich hingegen um ausgedehnte geschwürige Processe handelt, welche die Schleimhaut in ihrer ganzen Dicke vernichten und den größten Theil eines Querschnitts des Kehlkopfs betreffen, oder wo daneben vielleicht Verluste mehr oder minder großer Theile des Knorpelgerüsts bestehen, da ist der Ausgang eine den Kehlkopf trichterförmig verengende straffe Narbe.

In derartigen Fällen machen wir am Kehlkopf mit unseren gewöhnlichen Dilatationskuren dieselben trüben Erfahrungen, wie bei den kallösen Strikturen der Harnröhre; sie werden durch diese nur vorübergehend, aber nicht dauernd geheilt, ja durch dabei eintretende unvermeidliche Verletzungen, Decubitusgeschwüre und durch beständige Unterhaltung entzündlicher Reizung bisweilen noch verschlimmert.

In solchen Fällen hat manchmal die Laryngofissur mit Excision oder Spaltung der Striktur im Kehlkopf und nachfolgender Dilatationskur (Einlegen einer Schornsteinfegerkanüle etc.) noch einen günstigen Erfolg.

In den schwersten Fällen erweist sich aber auch dies Verfahren als völlig unzureichend, da sind die Kranken fernerhin zum dauernden Tragen einer Kanüle verurtheilt.

Bisher ist noch nie der Versuch gemacht worden, einen derartig strikturirten Kehlkopf durch Einschaltung eines Stücks Rippenknorpel künstlich zu erweitern und damit wieder funktionstüchtig zu machen.

Dass aber dieser Weg Erfolg verspricht, zeigt Vortr. an einem 6jährigen Mädchen, welches vorgestellt wird.

Das Kind ist zur Zeit ausgeheilt, spricht mit lauter Flüsterstimme und hat keine Athembeschwerden mehr selbst bei ausgiebiger Körperbewegung.

Krankengeschichte: Im ersten Lebensjahr Aufnahme in die Dresdener Kinderheilanstalt wegen eingetretener Erstickungsanfälle, bedingt durch multiple Papillome auf beiden Stimmbändern. Operation: Tracheotomia infer., Laryngofissur, Exstirpation beider mit papillomatösen Wucherungen bedeckten Stimmbänder, Verschorfung ihres Grundes mit dem Paquelin. Naht des Kehlkopfs. Glatte Heilung.

In der 5. Woche nach der Operation entstehende zunehmende Kehlkopfstriktur in der Gegend der Stimmbänder, welche zur Wiedereinlegung der Trachealkanüle nöthigt.

Alle durch Monate hindurch fortgesetzten verschiedenen Dilatationsversuche erwiesen sich als vergeblich und wurden schließlich, weil die Strikturirung immer stärker wird, aufgegeben.

Heilung im 5. Lebensjahr durch Knorpelübertragung in den Kehlkopf.

Das dabei in Anwendung gezogene Verfahren ist folgendes: Aseptische Übertragung eines nach Länge, Breite und Dicke geeigneten Stücks frischen Rippenknorpels (aus dem 8. Rippenknorpel) unter sorgfältigster Schonung und Erhaltung des Perichondriums zunächst in sagittaler Ebene unter die Halskinnhaut zwischen Haut und Unterhautfettgewebe und nach erfolgter Einheilung daselbst (8 Wochen) in Weitereinpflanzung eines das Knorpelstück enthaltenden Hautbrückenlappens zwischen die nach Kehlkopfspaltung aus einander gedrängten beiden Schildknorpelplatten. Daselbst wird das Knorpelstück durch 4 Nähte oben am Zungenbein, unten am Ringknorpel zu beiden Seiten an die Schildknorpelplatten fixirt. Das Knorpelstück bleibt dabei vom Hautfett bedeckt, so dass die freie Fettschicht in das Innere des Kehlkopfs hineinsieht und ihre spätere Überhäutung durch Überwachsen von der benachbarten Kehlkopfschleimhaut aus zu erfolgen hat.

6 Wochen nach erfolgter Einheilung wird mit der künstlichen Erweiterung des nun erst wieder verengten Kehlkopfs begonnen.

Zur Anfangsdilatation benutzt Verf. dünne Gummiröhren.

Von der Trachealfistel aus wird eine mit Seidenfaden armirte gekrümmte Öhrsonde durch den Kehlkopf zum Munde herausgeleitet und an diesen Faden ein kurzes Gummirohr befestigt, dessen anderes Ende durch einen 2. Faden fixirt bleibt. Das Gummirohr wird nun durch Zug an beiden Fäden gespannt und so ausgezogen in die Strikturstelle eingeführt.

Die elastische Zugkraft des Gummis erweitert den Kehlkopf, und ist es bereits Tags darauf möglich, das schwache durch ein stärkeres Gummirohr zu ersetzen. Die weitere Dilatation erfolgt dann durch Einführung O. Dwyer'scher Tuben in steigender Stärke, und gelingt es nun unschwer, den Kehlkopf in kurzer Zeit bis über die normale Lichtung hinaus zu erweitern. Ist man erst so weit gelangt, so wird die in der Zwischenzeit noch daneben weiter getragene Trachealkanüle verkürzt, so dass sie nur eben noch bis in die Luftröhre hineinreicht, und an ihr vorbei ein tiefer in die Trachea hinabreichender Tubus eingelegt. Späterhin wird die Trachealkanüle ganz weggelassen. Die Intubationskanüle wird Anfangs täglich, dann einen Tag um den anderen und so in immer größeren Pausen für einige Stunden eingelegt, bis auch sie ganz zu entbehren ist.

Immerhin dürfte es sich empfehlen, sie in dem ersten Jahre nach erreichter Dilatation noch alle 4—6—8 Wochen vorübergehend einzuführen, um den gewonnenen Erfolg zu sichern.

Der mitgetheilte Fall ist in mehrfacher Hinsicht von Interesse.

Er liefert den Beweis, dass man ein gänzlich von seinem Mutterboden gelöstes Stück Rippenknorpel bei Erhaltung seines Perichondriums unter die Haut einheilen und in ernährender Verbindung mit dieser in den Kehlkopf übertragen kann.

Ein derartiges Knorpelstück ist noch, wie das vorgelegte Röntgendiagramm darthut, nach $1^1/_2$ Jahre bei seitlicher Halsaufnahme und kurzer Bestrahlung auf dem Film nachweisbar.

Es steht dahin, ob ein derartig übertragener Rippenknorpel dauernd erhalten bleibt, resorbirt wird oder sich gleichzeitig von seiner Perichondriumschicht aus wieder neu bildet.

Jedenfalls ist aber die Zeit seines Fortbestehens eine genügend lange, um in ihr den bezweckten Effekt, nämlich die Weithaltung des Kehlkopflumens, unter der inzwischen eingetretenen Befestigung aller Theile auch für die Zukunft zu gewährleisten.

Das mitgetheilte Verfahren ist gewiss noch verbesserungsfähig. So ist z. B. daran zu denken, dem einzusetzenden Knorpelstück mehr die Gestalt eines abgestumpften Keiles mit breiterer äußerer und schmälerer innerer Fläche zu geben, um damit von vorn herein der Gefahr späterer Einziehung zwischen die Schildknorpelplatten zu begegnen. Auch auf die Lage des Perichondriums zur Haut ist

Rücksicht zu nehmen, um dem Knorpel eine möglichst günstige Ernährung zu sichern.

Aus diesem Grunde dürfte es sich empfehlen, die Perichondriumschicht des Knorpels der Haut zu- und nicht abzukehren, damit sie unter der späterhin nöthig werdenden Dilatationskur nicht Schaden leidet.

Es sind noch weitere Erfahrungen erforderlich, um das mitgetheilte Verfahren zur sicheren Methode zu erheben.

So viel lässt sich aber heute schon sagen, dass wir in dem Rippenknorpel ein wichtiges plastisches Material haben, dem für die Plastik am Luftrohr eine Bedeutung zukommt, und zwar voraussichtlich nicht nur zur künstlichen Erweiterung des schwer strikturirten Kehlkopfs, sondern auch als Ersatz verloren gegangener Knorpeltheile zur Deckung von Defekten. (Selbstbericht.)

---

40) **Gluck** (Berlin). Kehlkopfexstirpation und Laryngoplastik.

G. stellt einen Pat. vor, bei dem er nach Totalexstirpation des Kehlkopfes die Verbindung zwischen Trachea und Rachenhöhle vollständig unterbrochen hatte. Die Luftröhre war in den unteren Wundwinkeln vorgenäht und sodann die Wunde nach dem Rachen hin zu völligem Verschluss gebracht worden. Der künstliche Kehlkopf wurde in das Luftröhrenende eingeführt und durch ein von außen her, durch die Nase eingeführtes und bis in den Nasen-Rachenraum reichendes Kautschukrohr mit dem Rachenraum in Verbindung gebracht. Die Exspirationsluft streicht also von der Luftröhre her durch den künstlichen Kehlkopf und gelangt durch die Nase in den Rachenraum, um dort bis auf einen gewissen Grad modulirt zu werden. Der Mann spricht mit diesem Apparat zwar natürlich eintönig, aber in verständlicher Weise. G. hat dieses Vorgehen bis jetzt in 23 Fällen mit Erfolg ausgeführt. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

---

41) **Levy-Dorn** (Berlin). Röntgenphotographien bei angehaltenem Athem.

Die Technik ist jetzt so weit vorgeschritten, dass man auf der gewöhnlichen Platte mit einem Verstärkungsschirm auch bei Erwachsenen Aufnahmen von Brust und oft auch vom Abdomen bei angehaltenem Athem zu Stande bringen kann. Bisher sind immer nur Bilder in Inspirationsstellung demonstrirt worden — fast ausschließlich, um die Kürze der Exposition, welche mit einigen Methoden erreicht werden kann, zu illustriren. Eine wesentliche Förderung der Diagnose hat nun Hoffmann auf diesem Wege erreicht, indem er ein sich mit dem Zwerchfell bewegendes Geschoss dadurch fixirte.

Es empfiehlt sich aber, die Indikation für Aufnahmen bei Athemstillstand möglichst weit zu stellen. Wir können damit die Stellung der Körpertheile, so weit diese überhaupt mit Röntgenstrahlen festgestellt werden kann, in allen Athmungsphasen studiren, wir können Theile, welche sich bei der Athmung bewegen, ohne Verzerrung auf die Platte bringen und endlich Erscheinungen, welche in gewissen Athmungssphasen besonders deutlich hervortreten, in diesen fixiren.

Es wird neben dem Inspirationsbild eines Erwachsenen die bei stärkster Exspiration vorgenommene Aufnahme derselben Person — bei derselben Stellung von Rohr und Platte — vorgezeigt. Man sieht vor Allem, dass durch die Exspiration das Bild weniger kontrastreich wird, die Zwischenrippenräume enger werden, das Herz größer wird, und dass sich das Zwerchfell viel undeutlicher abhebt, als bei der Inspiration.

Wir sollten daher, wenn die Wahl frei steht, es nur auf Ausschaltung der Respiration, nicht auf eine bestimmte Stellung derselben ankommt, stets Inspirationsbilder anfertigen. Um die Vortheile dieser Methode zu demonstriren wird eine Reihe solcher Radiogramme von Erwachsenen herumgegeben, welche alle sich durch die scharfen Umrisse sonst respiratorisch bewegter Theile auszeichnen; und zwar handelt es sich um 1) eine Kugel im Brustkorb, 2) Hochstand der rechten Zwerchfellhälfte, 3) Echinococcus der Lunge mit Adhäsionen am Zwerchfell, 4) Milztumor, 5) Wismuthkapsel im Magenfundus, 6) respiratorische Bewegung dieser Kapsel — so demonstrirt, dass sie das eine Mal bei tieferer, das andere Mal bei flacherer Athmung auf dieselbe Platte in derselben Sitzung radiographirt wurde. Man sieht daher auf dem Bilde 2 über einander liegende Schatten der Kapsel. (Selbstbericht.)

42) **Gerulanos** (Kiel). Ein Beitrag zur Behandlung alter Empyeme mittels ausgedehnter Thorakoplastik.

Es wird ein Fall von tuberkulösem Empyem des linken Thorax mitgetheilt, bei welchem eine ausgedehnte Thorakoplastik Ausheilung des Empyems und Stillstand des tuberkulösen Processes innerhalb der geschrumpften Lunge zur Folge hatte. Bei einem 28jährigen Kaufmann wurde im April 1896 ein seit ca. 1 Jahr bestehendes Empyem der linken Thoraxseite mittels Rippenresektion operirt. Bei der vollkommenen Schrumpfung der Lunge war auf eine Wiederausdehnung derselben nicht zu hoffen, wesshalb 8 Wochen später zur Thorakoplastik geschritten wurde (Prof. Helferich). Es wurde unter Bildung eines vorderen Haut-Muskellappens die linksseitige Brustwand von der 3. bis zur 10. Rippe, in einer Länge der Rippen von 8 cm (3. Rippe) bis 16 cm (10. Rippe) mittels Knochenzange bezw. Bogensäge entfernt, der Haut-Muskellappen auf Zwerchfell-

kuppel, Perikard und Mediastinum angelegt. Der Lappen heilte an, so dass nur in der Tiefe der Achsel, entsprechend der geschrumpften, zurückgebliebenen Lunge, nachträglich eine tuberkulöse Fistel sich bildete, welche öfters ausgekratzt werden musste. Der Mann befindet sich jetzt, 3 Jahre nach der Operation, recht wohl. Unter der Haut sieht man das Herz pulsiren, während die ganze Wölbung der linken Thoraxseite fehlt, und die Schulter sammt dem daran hängenden Arme dachförmig weit vorragt. (Dazu mehrere Abbildungen.)

(Selbstbericht.)

43) **Wehr** (Lemberg). Über Herznaht und Herzwandresektion.

Seitdem erst Rehn vor $2^1/_2$ Jahren, dann Parrozzani und Parlavecchio die Herznaht am Menschen gelungen ist, fängt die eigentliche Chirurgie des Herzens an. Zwar wurden Versuche an Thieren schon im Jahre 1882 von Block ausgeführt, welcher die Zulässigkeit einer Naht am Thierherzen als etwas Leichtes darzustellen suchte, doch haben erst die von Del Vecchio und Salomoni im Jahre 1894 und 1896 vorgenommenen Experimente für uns einen reellen Werth, in so fern dieselben auf die Schwierigkeiten der operativen Technik näher eingehen. Dadurch ermuthigten sie den Chirurgen, gegebenenfalls am Menschen die Herznaht anzulegen. Die gelungenen Fälle beweisen zur Genüge, dass die Herznaht am Menschen nicht nur ausführbar ist, sondern auch in einzelnen Fällen das Leben des Verletzten erhalten kann. Dass bis jetzt die Herznaht so selten ausgeführt wurde, hat seinen Grund in der Mangelhaftigkeit der Technik und der Unsicherheit der Diagnose der Herzverletzung.

Der Vortr. hat nun die Ausbildung der operativen Technik zum Gegenstand seiner experimentellen Studien gemacht und seit dem Juli 1898 eine Reihe von Experimenten an Hunden und einigen Kaninchen vorgenommen, um aus eigener Erfahrung die technischen Schwierigkeiten der Herznaht kennen zu lernen, dann möglichst die operative Technik zu vervollkommnen und in allen Einzelheiten sicher zu stellen. Dazu verwendete W. 51 Thiere, von welchen er 42 brauchbare Resultate erhielt. W. bespricht ausführlich die von ihm angewandte Technik und betont ausdrücklich die Schwierigkeit der Blutstillung bei Herzwunden, da dieselbe einzig und allein nur an der Operationsstelle vorgenommen werden kann. Der Fingerdruck an der blutenden Stelle erwies sich als das sicherste Verfahren, um der Blutung Herr zu werden.

Alle Versuche, um mittels Abschnürung des unteren Theils des Herzens blutlos zu operiren, wie es Elsberg (Centralbl. f. Chirurgie 1898 No. 43) haben will, endeten tödlich mit Stillstand des Herzens.

Die folgende Tabelle lehrt das am besten.

I. Verwundung nach Freilegung des Herzens.

No.	Datum	Thier	Verwundung	Verlauf Tag 1	2	etc.
	1898 2. Juli	*Kaninchen*		†		Verblutung
	4. »					Äthertod
1	6. »	gr. Hund	l. Kammer 2 Nähte	†		Pneumothorax bilateralis
2	6. »	gr. Hund	r. Kammer 1 Naht	†		Pneumothorax bilateralis
3	11. »	kl. Hund	l. Kammer 3 Nähte	lebte 36 St.	†	Pericarditis septica
4	13. »	gr. Hund	l. Kammer 1 Naht	†		Pneumothorax, Hämorrhagie
5	21. »	mtlgr. Hund	l. Kammer 1 Naht	28 St.	†	Pneumothorax
6	27. »	kl. Hund	r. Kammer 2 Nähte			**Heilung**, getödtet in Berlin am 7. April 1899 nach 8 Monaten
7	9. Aug.	mtlgr. Hund	l. Kammer 5 Nähte	12 St.	†	Hämorrhagie aus der Mammaria int.
	9. »					Chloroformtod
8	9. »	kl. Hund	l. Kammer 2 Nähte	lebte 12 Tg.		†, Pleuritis supp. secund., Infektion durch d. Hautwunde
9	10. Sept.	kl. Hund	l. Kammer 2 Nähte			**Heilung**, † nach 2½ Monaten an allgemeiner Abmagerung
10	10. »	mtlgr. Hund	l. Kammer 2 Nähte			**Heilung**, getödtet in Berlin am 7. April 1899 nach etwa 7 Monaten

II. Verwundung durch die Brustwand
(mit Ausnahme von No. 16).

No.	Datum	Thier	Verwundung	Tag 1	2	etc.
11	1898 11. Okt.	mtlgr. Hund	l. Kammer 2 Nähte 2 Wunden	†		nach d. Naht d. ersten Wunde, Hämorrhagie
12	11. »	mtlgr. Hund	l. Kammer 4 Nähte	2 Tage		†, Pleuroperikarditis
13	11. »	mtlgr. Hündin	l. Kammer 1 Naht	7 Tage		†, Pleuroperikarditis
	11. »	*Kaninchen*				
14	24. »	mtlgr. Hündin	l. Kammer Art. coron. 3 Nähte	†		Hämorrhagie
15	24. »	mtlgr. Hündin	Lunge			**Heilung** vom 21. November
16	31. »	mtlgr. Hund	Bloßlegung des Herzens; l. Kammer große Wunde 4 Nähte			**Heilung**, getödtet in Berlin am 7. April 1899 nach über 5 Monaten

No.	Datum	Thier	Verwundung	Verlauf Tag 1	2	etc.
17	31. Okt.	kl. Hund	l. Kammer Ast d. Coron.	†		Hämorrhagie
18	31. »	mtlgr. Hund	l. Kammer	†		Hämorrhagie
19	6. Nov.	mtlgr. Hund	l. Kammer 2 Nähte	†		Hämorrhagie, Infusio, lebte 1 Stunde

III. Resectio und Diversa.

No.	Datum	Thier	Verwundung	Tag 1	2	etc.
20	1898 6. Nov.	kl. Hündin	Res. (1)	†		Stillstand des Herzens nach vollendeter Naht
	6. »	*Kaninchen*				
21	21. »	mtlgr.Hündin	Res. (2)	†		dto.
22	21. »	mtlgr. Hund	Res. (3)	†		dto.
23	21. »	mtlgr.Hündin	Res. (4)	†		dto.
15	21. »	mtlgr.Hündin	Kompression	†		dto.
24	27. »	mtlgr. Hund	Tabaksbeutelnaht Draht	2 Tage		† Pleuritis septica
25	27. »	mtlgr. Hund	Res. (5)	†		
26	27. »	mtlgr. Hund	Tabaksbeutelnaht Seide	2 Tage		† Pleuritis septica
27	3. Dec.	mtlgr. Hund	Tabaksbeutelnaht Draht	8 Tage		† Pneumonia sicca
	3. »	*Kaninchen*	Kompression	†		Stillstand des Herzens
	3. »	dto.	Kompression	†		Stillstand des Herzens
	3. »	dto.	Kompression	†		Stillstand des Herzens
	3. »	dto.	Kompression	†		Stillstand des Herzens
28	8. »	gr. Hund	Wunden mit scharfen Haken	†		Pneumothorax
29	8. »	gr. Hündin	Wunden mit scharfen Haken	†		Pneumothorax
30	8. »	mtlgr. Hund	Res. (6)	†		
31	8. »	mtlgr. Hund	Res. (7)	†		
32	19. »	mtlgr. Hund	Lig. Art. cor.	7 Tage		† Nekrose der Herzwand
33	19. »	mtlgr. Hund	Res. (8)	†		
34	19. »	mtlgr. Hund	Res. (9)	†		
35	19. »	kl. Hündin	Res. (10)	†		
36	21. »	mtlgr. Hund	Bloßlegung Wunde 3 Nähte	†		Pneumothorax
37	21. »	mtlgr. Hund	dto.	†		Pneumothorax
38	21. »	mtlgr. Hund	Wunde und † Res.	36 Std.		Septikämie

No.	Datum	Thier	Verwundung	Verlauf Tag 1	2	etc.
39	21.Dec.98	mtlgr. Hund	Ruptura anterior.	†		Hämorrhagie
40	11.Jan.99	mtlgr.Hündin	Res. (11)	†		
41	11. »	mtlgr. Hund	Res. (12) Fingerdruck			**Heilung,** getödtet in Berlin am 7. April 1899 nach etwa 3 Monaten
42	11. »	mtlgr. Hund	Kompression	†		

Im Allgemeinen:

			Heilung
1. Wunden nach Freilegung des Herzens: 1, 2, 3, 4, 5, **6**, 7, 8, **9**, **10**, **16**	=	11 —	4
2. Wunden durch die Brustwand: 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19	=	8 —	—
3. Resektion: 20, 21, 22, 23, 25, 30, 31, 33, 34, 35, 40, **41**	=	12 —	1
4. Tabaksbeutelnaht: 24, 26, 27	=	3 —	—
5. Lig. Art. coron.: 32	=	1 —	—
6. Kompression: 42 (resp. 15)	=	1 —	—
7. Diversa: 28, 29, 36, 37, 38, 39	=	6 —	—
Zusammen		42 —	5
		7	Kaninchen
		2	Äther-Chloroformtod
Im Ganzen		51	Thiere

Todesursache:

1. Stillstand des Herzens durch Kompression: 15, 20, 21, 22, 23, 25, 30, 31, 33, 34, 35, 40, 42	=	13
2. Perikarditis, Pleuritis u. A.: 3, 8, 12, 13, 24, 26, 27, 32, 38	=	9
3. Pneumothorax: 1, 2, 4, 5, 28, 29, 36, 37	=	8
4. Hämorrhagie: 7, 11, 14, 17, 18, 19, 39	=	7
Zusammen		37
		5 Heil.
Im Ganzen		42

Auf Grund seiner Versuche ist W. zu folgenden Schlüssen gekommen:

1) Um sicher und rasch eine Herzwunde zu nähen und der Blutung Herr zu werden, muss unbedingt das Herz möglichst breit freigelegt werden.

Erst bei Ausführung seiner Experimente hat sich der Vortr. überzeugt, wie schwer bei ungenügender Freilegung des Herzens die Herznaht anzulegen ist, und man kann Herrn Rehn nur gratuliren, dass es ihm gelungen ist, durch die verhältnismäßig kleine Wunde in der Brustwandung die Herznaht zu vollführen.

2) Wir bedürfen durchaus einer sicheren und wohlausgebildeten Methode, um in jedem Falle von Herzverletzung das Herz breit freizulegen, die freilich in Einzelheiten je nach der Lage der Verletzung modificirt werden kann.

3) Die Kompression des Herzens, um blutlos zu operiren, ist bei Hunden nicht anwendbar, weil lebensgefährlich. Desswegen ist auch große Vorsicht in dieser Beziehung beim Menschen geboten.

(Selbstbericht.)

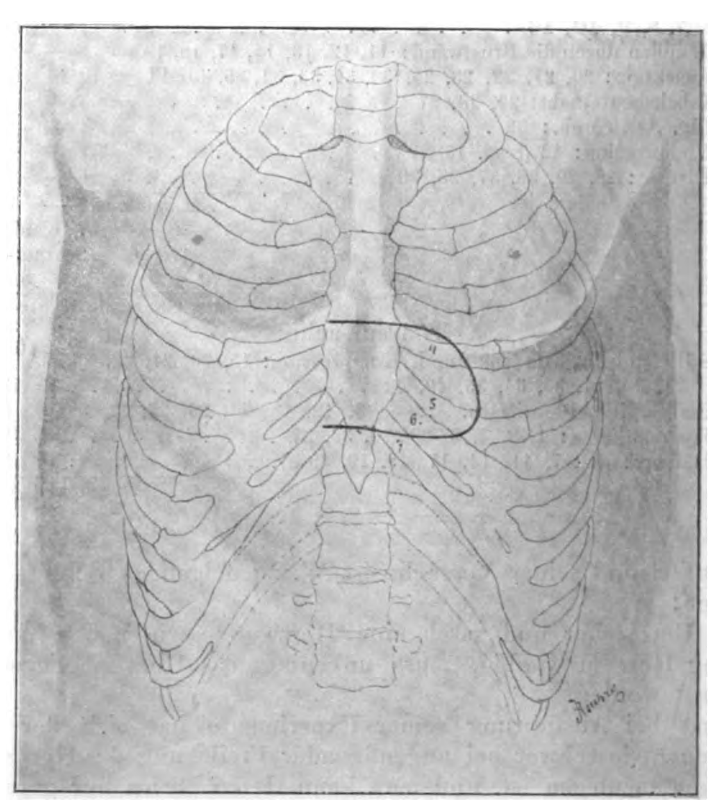
44) **Wehr** (Lemberg). Über eine neue Methode der Brustkorberöffnung zur Bloßlegung des Herzens.

Um das Herz breit freizulegen, einem Pneumothorax möglichst vorzubeugen und die topographisch-anatomischen Verhältnisse der vorderen Mediastinalgegend am Menschen bestens auszunutzen, giebt W. folgende Methode zur Freilegung des Herzens an:

Vom rechten Sternalrand, dicht oberhalb der Ansatzstelle des 4. rechten Rippenknorpels, beginnt ein halbkreisförmiger mehr ellipsoidaler Schnitt durch Haut und Muskeln bis zum Knochen, geht



Fig. 1.



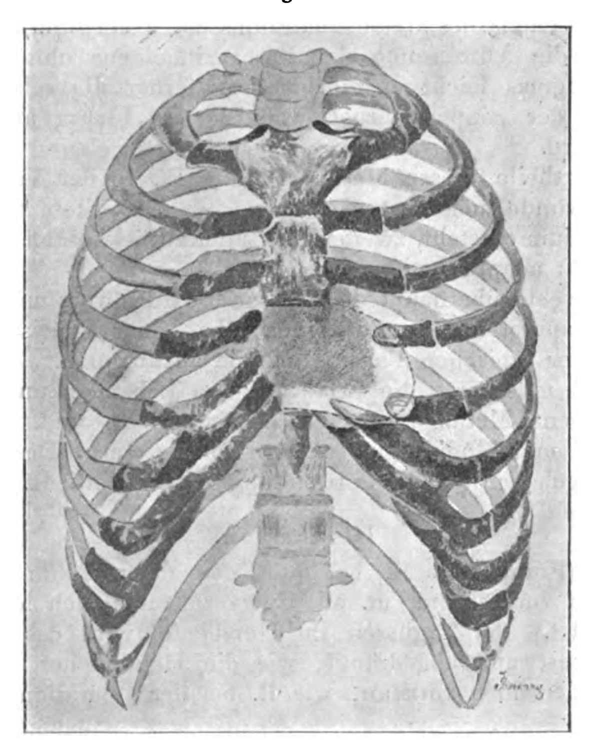
Hautschnitt.

quer über das Sternum zum oberen Rand des 4. linken Rippenknorpels, etwa 2fingerbreit vom linken Sternalrand entfernt, biegt bogenförmig über die 4., 5., 6. und 7. Rippe um, verläuft quer nach innen an der Basis des Proc. xiphoideus und endigt am rechten Sternalrand.

In der Schnittlinie wird das Sternum mit möglichster Schonung des Periosts an der Innenfläche durchsägt.

Hierauf wird, nach Spaltung der Interkostalmuskeln im 3. Interkostalraum, bei Schonung der Mammaria, mit einem geknöpften Resektionsmesser der 4., 5., 6. und 7. Rippenknorpel möglichst schief in der Weise durchgeschnitten, dass die durchgetrennten Rippenknorpelflächen der lateralen Enden nach vorn, der medialen, mit dem Sternum im Zusammenhang stehenden, nach hinten schauen. Dies erreicht man am leichtesten dadurch, dass man das Messer ganz flach hält, dasselbe als Radius eines imaginären Kreises erachtet und bei der Durchtrennung immer daran denkt, dass das ideale Centrum der ellipsoidalen Kurve hart an der Innenfläche des Sternums liegt, und den Messerknopf dagegen gerichtet führt.

Fig. 2.



Rippenschnitt.

Schon nach der Durchtrennung des 4. Rippenknorpels hebt der Assistent mit scharfem Haken das mediale Rippenende auf, wodurch das weitere Verfahren ungemein erleichtert wird.

Wird zufällig die Pleura dabei verletzt, so fasst man die verletzte Stelle zusammen mit dem Wundrand mittels Fingers oder Klemmen, oder man tamponirt sie.

Zuletzt schneidet man die Basis des Proc. xiphoideus mit einer Knochenschere durch und klappt den ganzen Haut-Muskel-Knochen-

lappen nach der rechten Seite um. Dabei kann man die rechten Rippenknorpel einbrechen.

Das auf diese Weise freigelegte Mediastinum giebt nach Eröffnung des Perikardiums genug Raum, um eine Herzwunde in den Kammern zu schließen. Die Ränder des Perikardiums werden dabei mit langen gebogenen Klemmzangen gefasst und während der Nahtanlegung vom Assistenten emporgehoben gehalten.

Will man noch mehr Raum sich schaffen, so schneidet man Stücke von den lateralen Rippenenden nachträglich ab.

Handelt es sich um die Freilegung der Vorhöfe, so ist es angezeigt, den Schnitt höher — oberhalb der 3. Rippe — zu verlegen, damit der Haut-Knochenlappen die 3. Rippe mitfasst.

Für das Wesentlichste seiner Methode hält W. die Ausnutzung des unteren Theils des Mediastinalraums zur Freilegung des Herzens, was durch die Abtrennung des Proc. xiphoideus ohne Verletzung des Diaphragmas leicht ausführbar ist; ferner die schiefe Durchschneidung der Rippenknorpel, wodurch die Pleura am sichersten geschont wird.

Die Vortheile dieser Methode findet W. in der Verlegung der Perikardialwunde möglichst nach unten, wodurch kein todter Raum im Perikardium entsteht, zweitens, dass der zurückgeschlagene Lappen sich sehr gut adaptirt.

Es schwebte überhaupt dem Autor die Idee vor, nach Art einer typischen Laparotomie in der Linea alba, einer Epicystotomie, den Weg zu einer typischen Perikardiotomie anzubahnen.

Freilich muss erst die Erfahrung am Lebenden uns lehren, ob die angegebene Methode dem Zweck entspricht, und welche Verbesserungen und Modifikationen dazu nöthig sind. Desswegen empfiehlt W. gelegentlich die Anwendung seiner Methode.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Rehn (Frankfurt a/M.) berichtet, dass der von ihm vor 2 Jahren operirte und vorgestellte Pat. mit Herzverletzung noch lebt und sich wohl befindet. Bei Ergüssen im Herzbeutel wird das Herz nicht von der Brustwand abgedrängt, wie die Handbücher lehren, sondern liegt derselben vorn an, wie R. bei der Operation konstatiren konnte.

Jaffé (Hamburg).

Eichel (Straßburg i/E): Die Ansicht, die Herr Rehn geäußert, dass das Herz in einem perikardialen Exsudat der Brustwand genähert bleibt und nur durch eine minimale Flüssigkeitsschicht von ihr getrennt ist, ist nicht für alle Fälle richtig. Davon habe ich mich gelegentlich einer Beobachtung im Garnisonlazarett I in Straßburg überzeugt.

Es handelte sich um einen 19jährigen Einjährig-Freiwilligen, der sich in der Mittellinie zwischen 5. u. 6. Rippenansatz mit einem 7 mm-Revolver in den Rumpf schoss. Er war kurze Zeit bewusstlos, erholte sich jedoch; während der Nacht bestand häufiges Erbrechen.

8 Stunden. p. tr. Aufnahme ins Lazarett. Temperatur 39°, häufiges Aufstoßen, Schmerzhaftigkeit des Leibes in der Mittellinie oberhalb des Nabels ließen eine Bauchverletzung vermuthen und zwangen zur Laparotomie. In der Bauchhöhle fand sich keine Verletzung, auch das Zwerchfell, das abgetastet wurde, war intakt. Die Laparotomiewunde heilte, von Seiten des Bauches keine Störungen. Die Temperatur wurde normal, um am 4. Tage wieder anzusteigen; es stellten sich Zeichen einer Perikarditis ein, die am 8. Tage zur Perikardiotomie nöthigten. Freilegung des Herzbeutels durch Resektion des Brustbeins von der 4. bis 6. Rippe und von Theilen der angrenzenden Rippenknorpel. Der Einschuss ist am Herzbeutel durch schmierige Granulationen erkennbar; er wird mit Sonde und kleinem Finger erweitert und etwa 300 ccm Eiter abgelassen, ehe das Herz an den kleinen Finger anschlägt. Eben so wird an den folgenden Tagen beim Verbandwechsel immer erst eine größere Menge Eiter entleert, ehe das Herz zu fühlen oder zu sehen ist.

Der Fall beweist also, dass die alte Ansicht, dass das Herz durch das Exsudat von der Brustwand abgedrängt wird, mindestens für ihn richtig ist.

Was die Methode der Freilegung des Herzens betrifft so stimme ich mit Herrn Wehr darin überein, dass wir den Herzbeutel in großer Ausdehnung freilegen sollen. Bei Verletzungen werden wir dabei so vorgehen, dass die Traumawunde womöglich mitten in die Operationswunde hineinfällt. Bei eitrigen Perikarditiden ist die Freilegung des Herzbeutels und Herzens so vorzunehmen, das sie einen dauernden freien Abfluss des Eiters gestattet.

Auf Verletzungen der Pleura müssen wir bei der Freilegung des Herzbeutels an jeder Stelle gefasst sein, wie dies namentlich die Untersuchungen von Sick und Tanja ergeben haben.

(Selbstbericht.)

45) F. Cahen (Köln). Über einen Fall von Ösophagotomie verbunden mit Strumektomie.

Die Ösophagotomie mit ihrer Technik und ihren Indikationen bildet Dank den zahlreichen Beiträgen der beiden letzten Jahrzehnte ein wohl ausgearbeitetes Kapitel der Chirurgie. Der nachfolgende Fall aber verdient weniger nach der operablen als nach der diagnostischen Seite ein erhöhtes Interesse.

Die vorliegenden Präparate stammen von einer 30jährigen, im 5. Monate schwangeren Frau, welche 5 Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus ihr Gebiss verschluckt hatte. Das Gebiss war in der Speiseröhre stecken geblieben, und alle ärztlichen Versuche, dasselbe zu entfernen, waren gescheitert. In den ersten Tagen war die Pat. noch im Stande, flüssige Nahrung zu sich zu nehmen, in den beiden letzten Tagen war auch dieses nur unter großen Schmerzen möglich.

Bei der etwas heruntergekommenen Frau fanden wir eine beiderseits vergrößerte Schilddrüse. In dem unteren Abschnitt des kinder-

faustgroßen rechten Lappens fühlte man eine knochenharte Resistenz, welche mit einer spitzen Zacke nach vorn hervorragte. 19 cm von der Mundöffnung entfernt stieß die Sonde in der Speiseröhre auf einen unüberwindlichen Widerstand. Alles schien dafür zu sprechen, dass die durch das Strumagewebe durchtastbare Härte von dem Fremdkörper, welcher die vordere und seitliche Wand des Ösophagus stark hervorwölbte, erzeugt wurde. Bei den voraufgegangenen Extraktionsversuchen hatten sich die Ärzte vergeblich bemüht, den Fremdkörper durch Entgegenschieben von außen mittels langer Schlundzangen zu fassen. Die Verschiebung, welche die Resistenz mit der Struma bei Schluckbewegungen erlitt, sprach nicht gegen die obige Auffassung; denn man konnte sich sehr wohl vorstellen, dass eine im Ösophagus eingekeilte Gebissplatte durch die Struma beim Schlucken nach oben mitbewegt würde. Gegen die naheliegende Deutung der beschriebenen Härte als Verkalkung der Schilddrüse sprach die eigenthümliche Form derselben, welche sich auch einer wenig entwickelten Phantasie als Gebissplatte aufdrängte. Eine Röntgenaufnahme musste aus äußeren Gründen unterbleiben.

Bei der Operation zeigte sich nach den ersten, die Struma rechterseits freilegenden Schnitten, dass es sich um eine Verkalkung in der Schilddrüse handelte. Halbseitige Strumektomie und Freilegung des Ösophagus. Dicht unterhalb des Ringknorpels war die Wandung des Ösophagus perforirt, in der Lücke steckte ein Zahn des Gebisses. Die Öffnung wurde erweitert, der Fremdkörper leicht extrahirt. Die Schleimhaut des Ösophagus war an dieser Stelle grauschwarz verfärbt, die Wandung ungemein morsch, so dass an eine primäre Naht nicht gedacht werden konnte. Es wurde eine Schlundröhre für 3 Tage eingelegt, die Wunde tamponirt, und die Heilung kam per granulat. ohne Störung zu Stande.

Demonstration der Gebissplatte, welche sich mit ihren vielen Zacken und dem einen Zahn fest in die Ösophaguswandung verhakt hatte, so wie der exstirpirten Struma mit der eigenthümlich gestalteten Verkalkung. (Selbstbericht.)

---

46) L. **Heidenhain** (Worms). Über einen Fall von geheilter Mediastinitis postica. (Mit Krankenvorstellung.)

H. stellt einen 26jährigen Arbeiter vor, welchem er einen etwa in der Höhe des Aortenbogens oder dicht darüber gelegenen Abscess im hinteren Mediastinum vom Halse aus eröffnet hat. Der Kranke hatte $1^1/_2$ Jahr vorher einen Knochen verschluckt und darauf 14 Tage lang Schmerzen beim Schlucken gehabt. Ob der Knochen abgegangen, wusste er nicht. Jetzt bestand seit 14 Tagen eine Schwellung der rechten Oberschlüsselbeingrube. Seit 5 Tagen hatte er nicht das geringste, auch keinen Tropfen Flüssigkeit, schlucken können. Dazu trockene Zunge, starke ausstrahlende Schmerzen in der Brust, Hustenreiz, leicht erhöhte Temperatur. Die Fossa supraclavicularis

dextra war durch eine ödematöse Schwellung fast ausgefüllt. Gerade diese Schwellung ließ erhoffen, dass es möglich sein werde, an die als sicher angenommene periösophageale Eiterung heranzukommen. Ein Querschnitt oberhalb und parallel der Clavicula trennte mit Haut und Platysma den Schlüsselbeinantheil des Kopfnickers. Das Bindegewebe der Fossa supraclavic. war ödematös. H. drang hinter dem Venenwinkel nach abwärts und rückwärts gegen die Wirbelsäule und die Speiseröhre und kam in einiger Tiefe zuerst auf stinkendes nekrotisches Bindegewebe, dann in voller Zeigefingerlänge nach abwärts und rückwärts vom Sternoclaviculargelenk auf Eiter. Der kleine Abscess lag vor der Wirbelsäule, rechts neben der Speiseröhre. In seiner Vorderwand — sit venia verbo — fühlte man ein großes Gefäß pulsiren, entweder Anonyma oder Aorta. Tamponade der Wunde; Heilung ohne Störung. Schon am Tage nach der Operation konnte der Kranke schlucken.

Die Betrachtung der Tafeln 8 und 9 des Braun'schen Atlasses (Durchschnitte gefrorener Leichen) zeigt, dass in der Höhe des ersten Brustwirbels, also noch oberhalb des Jugulum, zu beiden Seiten der Speiseröhre ein breites Lager lockeren Bindegewebes sich befindet. Dieses Lager ist rechts wesentlich breiter, als links, liegt dem Wirbelkörper auf und wird nach vorn von der Schilddrüse und Carotis, seitlich von weiteren großen Gefäßen begrenzt. Rechts und links ist die Lage der großen Gefäße verschieden, schon darum, weil Art. carotis und V. jugularis rechts und links einen verschiedenen Verlauf haben. Der Zugang zu diesem Bindegewebslager ist, wie Leichenversuche gezeigt haben, auf beiden Seiten des Halses leicht zu erreichen, wenn man mit einem großen Längsschnitt den breiten Muskelspalt zwischen der sternalen und der clavicularen Portion des M. sternocleido trennt. (Für Operationen am Lebenden dürfte der Querschnitt mit Durchtrennung der Clavicularportion übersichtlicher sein.) Dringt man nach dieser Theilung des Muskels unmittelbar oberhalb des Sternoclaviculargelenks senkrecht in die Tiefe, so gelangt man rechts durch den ziemlich breiten Zwischenraum zwischen V. jugularis comm. und Art. carotis, links dagegen an der Außenseite der beiden großen Gefäße vorbei in jenes Bindegewebslager und, immer stumpf mit dem Finger arbeitend, in diesem nach abwärts und rückwärts auf Speiseröhre und Wirbelsäule, an dieser entlang nach abwärts vordringend in das hintere Mediastinum, etwa bis in die Höhe des dritten Brustwirbels oder des Aortenbogens, je nach der Zeigefingerlänge. Nebenverletzungen sind nicht zu fürchten.

Dieser Weg, auf welchem man im Leichenversuch mit dem Finger in die Tiefe des Mediastinum posticum eindringen kann, gewährt auch Entzündungen, welche sich dort abspielen, die Möglichkeit bis zum Hals aufzusteigen. Cavazzani hat einen Abscess im hinteren Mediastinum, und zwar in der Höhe des 6. u. 7. Brustwirbels gelegen, in der linken Fossa supraclavicularis erscheinen sehen und ihn durch Eröffnung vom Rücken her zur Heilung gebracht

(Referat in der Deutschen med. Wochenschrift 1899 No. 4, Litteraturbeilage No. 3 p. 14).

Für Eröffnung des Mediastinum post. von hinten her empfiehlt H. nach früheren und neueren Leichenversuchen, einen Processus transversus an der Basis abzutragen (Hautschnitt dicht neben der Mittellinie, ev. mit einem auf diesen gesetzten Querschnitt). Man gelangt dann an den Lendenwirbeln unmittelbar, an den Brustwirbeln nach Resektion des zugehörigen centralen Rippenstücks an die Seiten- und Vorderfläche des betr. Wirbels. Dieser Weg ist kürzer und einfacher, als der bisher stets, auch von Rehn und Cavazzani eingeschlagene, lateral vom Proc. transversus ein Stück Rippe zu reseciren und dann die Pleura abzulösen, um in das Mediastinum zu gelangen. Mit jenem Verfahren hat H. in einem Falle von Osteomyelitis acuta des Processus transversus des 3. Brustwirbels einen Abscess entleert, welcher unter der 3. Rippe zwischen Pleurawinkel und Seitenfläche des Wirbelkörpers lag. Der Kranke ist genesen.

Hiernach ist es sicher angezeigt, bei Eiterungen im hinteren Mediastinum operativ vorzugehen, wie dies schon Rehn im vorigen Jahre empfohlen hat. Eiterungen im oberen Antheile des Mediastinums gewähren darum eine nicht schlechte Aussicht, weil man sie gleichzeitig von vorn und oben und von hinten her angreifen kann. Für Eröffnung des Mediastinums von hinten her erscheint die Resektion eines oder mehrerer Seitenfortsätze nebst den zugehörigen centralen Rippenstücken als der kürzeste und einfachste Weg, in so fern Nebenverletzungen, namentlich der Pleura, dabei nicht zu fürchten sind. Schwierig werden die anatomischen Verhältnisse von da ab, wo die Aorta zwischen Speiseröhre und Wirbelsäule tritt. (Selbstbericht.)

47) **Renvers** (Berlin). Zur Diagnose und Behandlung der Perityphlitis.

Nachdem jahrelang der Kampf über die zweckmäßigste Art der Behandlung der Blinddarmerkrankungen zwischen Chirurgen und Innern hin und her gewogt, ist es an der Zeit, endlich feste Normen für die Behandlung aufzustellen. Von größter Wichtigkeit ist es, dass die Chirurgen selbst über die Indikation der Operation sich verständigen, da bei den sehr getheilten Ansichten der praktische Arzt in seiner Beurtheilung der Erkrankung unsicher geworden ist. Diese Frage ist um so akuter geworden, als gerade gegenwärtig in Frankreich die Chirurgen den Satz der möglichst frühzeitigen Operation jeder Blinddarmerkrankung wieder aufgestellt haben. Derselbe Satz wurde vor 14 Jahren auch in Deutschland von einzelnen Chirurgen im ersten Eifer vertreten, allein diese selbst sind durch weitere Beobachtungen zu der Überzeugung gekommen, dass eine konservativere Behandlung noch bessere Resultate giebt.

Statistisch lässt sich diese Frage nicht entscheiden, nur gewissenhafte klinische Erfahrung am Krankenbett und Operations-

tisch werden zum Ziele führen. Die Erfahrung lehrt, dass einzelne Formen der Blinddarmerkrankungen sich klinisch aus einander halten lassen, die in ihrem Verlauf verschieden, auch einer gesonderten Behandlung unterworfen werden müssen. Die Auflösung des klinisch wohl charakterisirten Begriffes Perityphlitis in die verschiedensten Formen der Appendicitis hat am meisten zu der Verwirrung beigetragen, da thatsächlich die schwersten pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Appendix vorhanden sein können, ohne jemals zu Störungen zu führen, die an eine Blinddarmerkrankung auch nur erinnern. Sehen wir von den tuberkulösen und carcinomatösen Processen im Coecum ab und lassen wir auch die Zustände außer Acht, welche durch Kothstauungen sich gelegentlich im Blinddarm abspielen, so sind die übrigen Störungen in der Blinddarmgegend wohl alle auf Erkrankungen des Wurmfortsatzes zurückzuführen. Diese Erkrankungen scheiden sich klinisch und anatomisch in zwei wichtige Gruppen.

Die eine Gruppe umfasst alle Erkrankungen des Wurmfortsatzes, die sich in demselben abspielen ohne Betheiligung der Serosa der Bauchhöhle. Die zweite Gruppe ist charakterisirt durch das Übergreifen der Erkrankung vom Wurmfortsatz auf die Umgebung.

Die auf den Wurmfortsatz lokalisirt bleibenden Erkrankungen sind bald selbständige Störungen der Schleimhaut, bald vom Darm fortgeleitete entzündliche Processe. Der klinische Verlauf dieser Erkrankungen ist in der Regel abhängig von der Möglichkeit, den Inhalt des Wurmfortsatzes in den Darm entleeren zu können. Bei freier Kommunikation mit dem Darm spielen sich die ausgedehntesten ulcerösen Processe an der Schleimhaut vollkommen symptomlos ab. Kolikartige kurzdauernde, manchmal mit Übelkeit einhergehende lokalisirte Schmerzen treten auf, sobald Stenosenlähmung im Wurmfortsatz sich entwickelt. In diesen Fällen hängt der weitere Verlauf von der Beschaffenheit des im Wurmfortsatz eingeschlossenen Materials ab. Gelingt es dem Organismus, den Inhalt unschädlich zu machen, so bleibt derselbe reizlos liegen und macht keinerlei Beschwerden. In anderen Fällen beginnen mit der Stenosenlähmung die Beschwerden, die, je nach Lage des Wurmfortsatzes verschieden lokalisirt, meist kolikartig auftreten. Nur eine operative Entfernung des Wurmfortsatzes kann diesen Zustand bessern. Nimmt der Wurmfortsatz Theil an einer Allgemeinerkrankung des Darms, wie beim Typhus, so macht sich diese Erkrankung wohl durch lokalisirte Schmerzen bemerkbar, verläuft aber meist günstig.

Wichtiger wie die erste Gruppe sind die Krankheitsbilder, die sich entwickeln, sobald der Entzündungsprocess im Wurmfortsatz die Stenose erreicht. Diese Gruppe betrifft die Perityphlitis im alten klinischen Sinne.

Je nach der Virulenz des Wurmfortsatzinhaltes und der Schnelligkeit, mit der die Wand des Wurmfortsatzes zerstört wird,



findet entweder eine Perforation des frei in die Bauchhöhle hineinragenden Wurmfortsatzes in die Bauchhöhle statt und führt dann zu dem bekannten Bild der akuten Perforationsperitonitis, oder aber es entsteht zunächst eine auf die Umgebung des Wurmfortsatzes lokalisirte Entzündung, die unter dem Bilde des perityphlitischen Anfalls verläuft.

Gelingt es, die Perforation des Wurmfortsatzes in die freie Bauchhöhle sehr frühzeitig zu diagnosticiren, so kann eine sofortige operative Behandlung indicirt und von Erfolg sein. In der Mehrzahl dieser Fälle ist aber die Diagnose nicht frühzeitig genug zu stellen, und verlaufen die nach den ersten 20 Stunden gemachten operativen Eingriffe in der Regel letal. Trotz der schwersten Allgemeinsymptome beobachtet man zuweilen noch eine spontane Rückbildung der Peritonitis, und die vereinzelten bei allgemeiner septischer Peritonitis durch Operation geheilten Fälle scheinen nie zu diesen zu gehören. Man operire entweder solche Fälle so früh wie möglich oder gar nicht. Der Übergang des entzündlichen Processes vom Wurmfortsatz auf die Serosa des ihn umgebenden Bauchfells macht sich klinisch durch die deutlich charakterisirte circumscripte Peritonitis bemerkbar, deren erster Beginn oft sehr stürmisch ist und an eine allgemeine Peritonitis erinnert. Von der Virulenz des Wurmfortsatzinhaltes und dem Kräftezustand resp. der Reaktionskraft des Organismus hängt der weitere Verlauf ab. Kommt es zur Bildung eines serös-fibrinösen Exsudats um den erkrankten Wurmfortsatz, so sehen wir in wenigen Tagen unter Absinken des Fiebers eine Resorption des Exsudats eintreten, und in manchen Fällen bleibt es bei diesem einen vollständig geheilten perityphlitischen Anfall, dessen Residuen wir bei Obduktionen in ausgedehnten narbigen Verwachsungen um den verödeten Wurmfortsatz finden. Tritt nach einem solchen Perityphlitisanfall in einiger Zeit ein Recidiv ein, so ist dies das Signal, dass eine vollständige Heilung im ersten Anfall nicht eingetreten, und in den meisten Fällen wird man vergeblich auf eine spontane Heilung warten. Operative Entfernung des kranken Wurmfortsatzes in der intervallären Zeit ist dann die einzige und sichere Behandlung.

Bildet sich das meist innerhalb der ersten 24 Stunden entstandene Exsudat nach etwa 5tägigem Bestehen nicht zurück, so kann man eine Abscessbildung annehmen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass auch diese eitrigen Exsudate durch Resorption oder durch Perforation in den Darm einer spontanen Heilung zugänglich sind. Ob man eine spontane Heilung abwarten, oder ob ein operativer Eingriff vorgenommen werden soll, ist in jedem einzelnen Falle je nach dem klinischen Verlauf, der Lage des Exsudats und dem Kräftezustand des Pat. besonders zu überlegen. Steigern sich die entzündlichen Erscheinungen in der Blinddarmgegend noch nach dem 5. Tage bei zunehmendem Exsudat, so ist die Eröffnung des Abscesses geboten. Jedenfalls kürzt ein zur richtigen Zeit vorgenommener operativer

Eingriff die Krankheitsdauer ab und vermindert die große Gefahr einer allgemein pyämischen Infektion.

Ist bei der Eröffnung des Abscesses der Wurmfortsatz leicht zu entfernen, so soll dies geschehen; das Suchen nach demselben mit meist stattfindender Eröffnung der Bauchhöhle ist Sache des Specialisten, in dessen Hand eine solche Operation ungefährlich sein kann, aber nicht immer mit Sicherheit ist.

Hat man eine spontane Heilung abgewartet, so wird der weitere Verlauf von der Art des Inhalts des erkrankt gewesenen Wurmfortsatzes abhängen. War der Inhalt ein flüssiger, gelang es dem Organismus, denselben zu sterilisiren und aufzusaugen, so ist auch eine definitive Heilung eingetreten. In vielen Fällen bleibt aber ein Kothstein oder noch virulenter, nur zeitweise abgeschwächte Bakterien enthaltender Eiterherd abgekapselt von mehr oder weniger festem Bindegewebe liegen, der später bei irgend einer Schwächung, die den Organismus trifft, wieder zum Ausgangspunkt eines neuen perityphlitischen Anfalls wird. Jedes Recidiv weist auf solche Herde hin, die selten spontan heilen und leicht in der intervallären Zeit nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen durch Operation radikal entfernt werden können.

Die interne Behandlung des perityphlitischen Anfalls wird auf die Bekämpfung der peritonitischen Reizerscheinungen gerichtet sein müssen und soll dem Kranken die Bedingungen schaffen, unter welchen eine Lokalisirung des Processes möglich werden und eine spontane Heilung eintreten kann. Ruhe, Diät und Morphium sind in der Hand eines erfahrenen Arztes eben so erfolgreiche Kampfmittel im perityphlitischen Anfall wie die zur richtigen Zeit vorgenommene Operation. (Selbstbericht.)

---

48) **Ewald** (Berlin). Die Appendicitis larvata.

E. berichtet über Beobachtungen, die er unter der Bezeichnung »Appendicitis larvata« zusammenfasst. Es handelt sich dabei um Fälle, die nicht das klassische Bild der Perityphlitis bieten, sondern unter jahrelangen Beschwerden verlaufen, die bald auf eine Magen- oder Leber- resp. Nierenerkrankung, bald auf eine Darmaffektion (Gaskoliken, Stuhlunregelmäßigkeiten, Blut- und Schleimabgang etc.) hinweisen und meist anatomisch keinen Anhaltspunkt für eine vorausgegangene Erkrankung der Appendix bieten. Diese Pat. werden vergeblich mit allen möglichen internen Mitteln und Proceduren behandelt und schließlich für Neurastheniker, Hysterische oder Unheilbare erklärt. Gelingt es bei diesen Kranken, die Appendix mit den bekannten Hilfsmitteln als verdickt und lokal schmerzhaft nachzuweisen und durch sorgfältigste Differentialdiagnose — bei Frauen besonders auch den sog. Adnexerkrankungen gegenüber — anderweitige in Frage kommende Affektionen auszuschließen, so kann durch einen operativen Eingriff, Lösen etwaiger Adhäsionen und Entfernung des erkrankten Wurmfortsatzes, ein völliger

Schwund der Beschwerden und dauernde Heilung erzielt werden. Redner hat einen derartigen Fall aus dem Jahre 1894 unter Augen und im Ganzen seit dieser Zeit 6 resp. 7 Fälle operiren lassen. Sie sind also verhältnismäßig selten. Er theilt einige Operationsprotokolle mit, welche die Veränderungen der Appendix illustriren.

In jedem der bisher überhaupt operirten Fälle wurde die Diagnose durch die Operation bestätigt, in keinem wurde sie erfolglos ausgeführt. Dass hierbei nicht etwa suggestive Momente mitwirken, ergiebt sich aus Folgendem. Erstens waren die Pat. zwar theilweise nervös, aber nicht hysterisch. Die Nervosität war Folge, nicht Ursache der Erkrankung. Zweitens sind suggestive Erfolge nur von kurzer Dauer. Drittens: bei Pat. mit ähnlichen Beschwerden, aber aus anderen Ursachen, bei denen akute Anfälle von Appendicitis die Entfernung der Appendix nothwendig machten, blieben die bez. Beschwerden bestehen, trotzdem die Appendix entfernt war. Hier handelt es sich um ein echtes »Grenzgebiet«, dem die inneren Mediciner um so mehr ihre Aufmerksamkeit zuwenden müssen, als die Kranken naturgemäß zunächst die Hilfe des Internisten anrufen.

(Selbstbericht).

---

49) **Karewski** (Berlin). Klinische Beiträge zur Perityphlitis.

K. betont, dass es nicht, wie Renvers und Sonnenburg meinen, in allen Fällen möglich ist, zu entscheiden, ob bei dem Anfall eine seröse oder eine eitrige Exsudation erfolgt ist. Auch kann man durchaus nicht bei einem guten Verlauf in den ersten Tagen mit Sicherheit auf einen günstigen Ausgang schließen. Er ist der Meinung, dass man zur Beurtheilung des Einzelfalles, zur Stellung der Prognose alle klinischen Erscheinungen in Erwägung zu ziehen hat. Nicht zum wenigsten kommen dabei die dem Anfall voraufgegangenen, oft jahrelang bestandenen dunklen Symptome (Sonnenburg's Latenzstadium, Ewald's Appendicitis larvata), die Prodromalerscheinungen, auf die K. etwa vor 2 Jahren hingewiesen hat, in Betracht. Bauchkoliken und dyspeptische Erscheinungen ohne peritonitische Reizzustände zeigen eine Erkrankung des Wurmfortsatzes an, die bei der späteren Perforation — resp. beim ersten Anfall — das intakte Peritoneum mit besonders virulentem Material überschüttet; vorhergegangene Blasenreizung spricht immer für peritonitische Zustände, die eben so wie ein früherer erster ohne schwere Erkrankung abgelaufener Anfall die Prognose bessern.

Nicht selten sind diese Prodromalerscheinungen von retroperitonealer, schleichend entstehender, das Bild einer Ischias oder genuinen Psoitis vortäuschender Eiterung gefolgt, ohne dass es überhaupt zu einem Anfall kommt. Sehr großes Gewicht ist auch auf die Diagnose des Ortes, wohin im Peritoneum die Perforation geschehen ist, zu legen. Unter der Leber sich entwickelnde Eiterung hat stets eine sehr traurige Prognose, ist dabei gar nicht selten; sehr bösartig ist auch die Abscedirung mitten in die Dünndärme

hinein, so dass diese selbst die Abscesswand bilden. Das Leben weniger bedrohend, aber wegen der hartnäckigen Kothfisteln zu fürchten sind die Perforationen an der Einmündungsstelle des Processus vermiformis in das Coecum.

K. bespricht noch Eiterungen in Folge Erweichung retroperitonealer Drüsen und schließt seine Ausführungen damit, dass er in Anbetracht der Unsicherheit, welche die Beurtheilung von Puls und Temperatur bei der Appendicitis und Peritonitis für die Prognose übrig lassen, die anderen klinischen Erscheinungen mit größerer Genauigkeit zu würdigen empfiehlt. (Selbstbericht.)

---

50) **Dührssen** (Berlin). Über den Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der weiblichen Beckenorgane.

D. hat von jeher bei gynäkologischen Köliotomien krankhafte Zustände der Gallenblase, wenn nöthig, operativ beseitigt und auch gelegentlich den Wurmfortsatz resecirt, und zwar 4mal vor, 9mal nach dem bekannten Vortrag von Sonnenburg, »Über Appendicitis und gynäkologische Erkrankungen«. Die letzten 9 Fälle ereigneten sich in den letzten $1^1/_2$ Jahren unter 320 theils ventralen, theils vaginalen Eröffnungen der Bauchhöhle. Von den 13 Resektionen des Wurmfortsatzes starb 1 mit allgemeiner Peritonitis und großem Ovarialabscess eingelieferter Fall, wodurch die Mortalität der Resektionen etwas hoch wurde, während die Gesammtsterblichkeit der 320 Fälle nur 5,3% beträgt. Der Gynäkolog muss nach D.'s Beobachtungen somit in ca. 3% der Fälle darauf gefasst sein, die Appendix erkrankt zu finden und reseciren zu müssen — und zwar besonders in den Fällen von entzündlichen Adnexerkrankungen, wo Verwachsungen von Dünndarmschlingen mit den Genitalorganen vorhanden sind, resp. wo das erste Ligamentum latum erheblich verdickt und zugleich verkürzt erscheint. Dort übertragen nämlich die peritonealen Verwachsungen, hier die Fortsetzung des Ligamentum latum, das Ligamentum appendiculo-ovaricum, die Entzündung der Adnexe auf den Wurmfortsatz. Den umgekehrten Zusammenhang, ein primäres Empyem des Wurms mit consecutiver Adnexitis, beobachtete D. nur 1mal, hält aber diese Weiterverbreitung der Appendicitis auch für die Parametritis superior für ätiologisch wichtig. Da diese Parametritis eine Retroversio uteri zu erzeugen vermag, so ergiebt sich die interessante Thatsache, dass eine Appendicitis simplex zu einer bedeutsamen Lageanomalie des Uterus führen kann.

Für schwere Fälle von Beckenabscess mit Appendicitis hält D. die (3mal ausgeführte) Exstirpation der Appendix, des Uterus und der Adnexe für die beste Therapie, da sie alle krankhaften Veränderungen im und am Becken am sichersten beseitigt und eine ausgezeichnete vaginale Drainage, auch des Appendixstumpfes, ermöglicht. Hierfür und überhaupt für alle rechtsseitigen Anschwellungen, die dicht an

den Uterus und dicht an die Beckenwand herangehen, empfiehlt D. den Schnitt in der Linea alba in Trendelenburg'scher Beckenhochlagerung. Der Ausgangspunkt dieser entzündlichen Anschwellungen, entweder von den Adnexen oder von der Appendix, lässt sich oft feststellen, nicht aber eine Erkrankung beider Organe ausschließen. Ist letztere aber vorhanden, so kann sie von dem Flankenschnitt aus nicht gründlich beseitigt werden.

In 2 Fällen hat übrigens D. den Wurmfortsatz mitsammt den ersten Adnexen durch seine Methode der Kolpocoeliotomia anterior entfernt. (Selbstbericht.)

---

51) **Riese** (Britz-Berlin). Über Pyelitis bei Appendicitis chronica.

Unter den zahlreichen Komplikationen, die bei der Appendicitis auftreten, sind Eiterungen um die Niere und Nierenabscesse bekannt, hingegen scheinen reine Pyelitiden nicht beobachtet worden zu sein, wie R. sie 2mal, und zwar beide Male bei jungen Individuen, einem 17jährigen Burschen und einem 15jährigen Mädchen, beobachtete.

Bei ersterem waren nach einander zwei jauchige intraabdominale Abscesse am 8. und 14. Tage nach Einsetzen einer akuten Appendicitis eröffnet worden. Nach völlig fieberfreiem Intervall am 22. und 30. Tage plötzlich einmalige Temperatursteigerung bis 40°, beträchtliches Sinken der Harnmenge und Auftreten eines Nierentumors rechts, aus dem durch Punktion klarer Urin entleert wurde. 2 Tage nach der Punktion Verschwinden des Tumors und Steigerung der Urinmenge zur Norm. Also zweifellos ganz akute Harnstauung in der rechten Niere. 2 Monate nach Beginn der Erkrankung Entlassung, aber bald Wiederaufnahme wegen Recidivs. Im 5. Monat nach dem ersten Anfall Resektion der überfüllten und stark verwachsenen Appendix, gleich darauf Endokarditis, Perikarditis und erneutes Auftreten des Nierentumors, und dies Mal große Schmerzhaftigkeit desselben und ausstrahlende Schmerzen. Darum 2. Laparotomie nach 14 Tagen, Freilegung des von Schwarten umgebenen und durch dieselben augenscheinlich abgeknickten Ureters. Nach der Operation Entleerung reichlichen Eiters mit dem Urin, Verschwinden des Nierentumors und der Schmerzhaftigkeit in der Gegend der rechten Niere. Die Eitermengen im Urin nahmen nach Salolmedikation allmählich ab und verschwanden nach wenigen Wochen ganz. Pat. stellte sich nach der Entlassung noch einmal im besten Wohlsein vor.

Es handelte sich also um akute Harnstauung durch Abknickung resp. Kompression des Ureters und darauf folgende Infektion des Nierenbeckens augenscheinlich auf dem Blutwege.

Im 2. Falle fand sich bereits ausgeprägte Pyelitis nach mehrfach recidivirender, vor 10 Jahren zum ersten Mal aufgetretener Wurmfortsatzentzündung. Die bei Resektion des Wurmfortsatzes gefundenen

Schwarten waren hier ganz enorm und komprimirten den Ureter gegen die Beckenwand; sie ließen sich von der Kreuzungsstelle des Ureters mit der Iliaca communis nur mit großer Mühe ohne Verletzung beider Gebilde lösen. Auch hier nach der Operation allmähliche Abnahme der Eitermengen, Verschwinden des Nierentumors, nachdem die Niere freigelegt war, ohne dass sich in der Umgebung derselben Eiter fand; nur das Nierenbecken war erweitert. Auch hier handelte es sich wahrscheinlich um primäre Harnstauung in Folge von Kompression des Ureters und sekundäre Infektion auf dem Blutwege nach neuerlichem Auftreten eines im kleinen Becken befindlichen Abscesses. Es zeigen diese Fälle, dass derartige Pyelitiden nach Entfernung der den Ureter komprimirenden Schwarten durch innere Medikation zur Heilung kommen können. (Selbstbericht.)

52) **Sonnenburg** (Berlin). Indikationen der chirurgischen Behandlung der Appendicitis.

S. betont, dass die Indikationen für eine operative Behandlung der Appendicitis für den Chirurgen selbstverständlich anders lauten müssen als für den praktischen Arzt. Der Chirurg wird, wenn er über ein wohl eingerichtetes Krankenhaus, über erfahrene Assistenten verfügt und selber ausgerüstet ist mit specialistischer Erfahrung auf dem Gebiet der Darmchirurgie, jede Form der Perityphlitis zum erfolgreichen Gegenstand eines operativen Eingriffs machen können, ganz unabhängig davon, ob die Appendicitis im Anfall oder nach dem Anfall operirt wird.

Die noch immer im Vordergrund des Interesses stehende Frage ist die: wie soll der Arzt sich während des Anfalls verhalten? Wann ist es seine Pflicht, hier operativ einzuschreiten? Es sollen bei der Beantwortung dieser Frage aus der großen Gruppe diejenigen akuten Nachschübe der Krankheit berücksichtigt werden, die dem praktischen Arzt als eigentliche Perityphlitis von Alters her bekannt sind. Es sind das diejenigen Anfälle, die mehr oder weniger stürmisch mit Fieber beginnen, bei denen es zur circumscripten Peritonitis (Exsudatbildung) kommt, und die entweder sich spontan zurückbilden, oder aber im Verlauf von Wochen und Monaten zu weiteren Komplikationen führen können. Es wird hier absichtlich abgesehen von den sofort mit allgemeiner Peritonitis einhergehenden schweren Entzündungsformen, bei denen von vorn herein die Prognose schlecht ist, und wo sogar eine in den ersten 24 Stunden nach Beginn des foudroyanten Verlaufs ausgeführte Operation nicht immer lebensrettend wirkt.

Wenn der Arzt die richtige Behandlung im Anfall einleiten und auch den richtigen Zeitpunkt für eine Operation nicht versäumen will, so muss er vor allen Dingen versuchen, eine anatomische Diagnose zu stellen. S. ist der Ansicht, dass diese Forderung gestellt werden kann. Eine genaue Anamnese, eine eingehende

Berücksichtigung der klinischen Symptome, eine exakt ausgeführte Palpation muss bestimmte Rückschlüsse auf das anatomische Verhalten der Appendix gestatten. Wenn man berücksichtigt, dass der Anfall sich nicht mit dem Beginn der Krankheit deckt, dass ferner ein unter heftigen Symptomen auftretender Anfall mit hohem Fieber und Störungen des Allgemeinbefindens, unabhängig davon, ob es scheinbar der erste ist oder nicht, stets auf eine Perforation oder theilweise Gangrän des Wurmfortsatzes hinweist, so wird man in solchen Fällen eine circumscripte Eiterung um den Wurmfortsatz annehmen müssen. Schwieriger als die Diagnose ist die Stellung einer sicheren Prognose, denn Überraschungen aller Art können bei scheinbar gutem Verlauf eintreten. Hier muss eine exakte klinische Beobachtung gewahrt werden, hier muss man individualisiren, nicht nach der Schablone behandeln. Wenn daher lokale und allgemeine Erscheinungen im Anfall nicht bereits nach wenigen Tagen zurückgehen, wenn besonders bei Abfall der Temperatur eine höhere Pulsfrequenz bestehen bleibt u. dgl. m., soll man eine operative Behandlung in Aussicht nehmen. Die Operation hat den Vortheil, dass sie den Anfall und die Krankheit beseitigt.

Nun ist allerdings die Operation im Anfall keine einfache. Die Gefahren der Operation bestehen in Infektionen der Bauchhöhle, Zurückbleiben von Fisteln, ungenügender Beseitigung des Eiters, Entstehen von Bauchbrüchen. Freilich, wer die Technik vollkommen beherrscht, kann diese Gefahren sicher vermeiden. Aber die Technik bildet sich nur durch die Erfahrung aus, da jeder Fall seine Besonderheiten zeigt und besonders behandelt werden will. Die Technik ist daher schwierig zu erlernen. Um die Gefahren der Operation zu vermindern und auf der anderen Seite dem Arzt doch in jedem Falle die Möglichkeit zu geben, selber zu operiren, ist der Rath gegeben worden, in solchen Fällen sich mit der einfachen Incision des Abscesses zu begnügen. Nun liegen die meisten Abscesse nicht so, dass man durch den Schnitt durch die Bauchdecken sofort in den Eiterherd gelangt. Oft liegt der Eiter hinter den Darmschlingen, die man erst zur Seite schieben muss, um zum Abscess zu gelangen; für gewöhnlich liegt er sogar erst hinter dem erkrankten Processus vermiformis. In der größten Anzahl der Fälle wird dadurch eine sorgfältige Freilegung der Abscesshöhle und ein Aufsuchen des Processus vermiformis unvermeidlich sein, will man nicht durch unvollständige Entleerung des infektiösen Materials dem Pat. neue Gefahren bringen. Dabei kann das Peritoneum an einzelnen Stellen eröffnet und die freie Bauchhöhle der Gefahr einer Infektion ausgesetzt werden. Es wird demnach die Operation im Anfall wegen der damit verbundenen Schwierigkeiten nur in seltenen Fällen von dem Arzt geübt und nie recht populär werden können. Da, wo die Gelegenheit gegeben ist, derartige Kranke in wohleingerichtete Hospitäler zu schicken, wird der Arzt es daher vorziehen, zur Einleitung der operativen Behandlung in den sich nicht schnell zurück-

bildenden Fällen die Kranken dorthin zu schicken. Das beweist auch, dass z. B. in Berlin die Pat. im Anfall direkt zur Operation in die Abtheilung S.'s geschickt werden in einem Stadium, wo noch keine anderweitigen Komplikationen, als Betheiligung des allgemeinen Bauchfells, multiple Abscesse, Senkungen etc. vorhanden sind. So segensreich also die Operation im Anfall ist, so schwierig wird sie in den meisten Fällen bleiben. Wie und wann im Anfall operativ eingegriffen werden soll, wird von der Erfahrung des Chirurgen abhängen. Nicht jeder Anfall braucht ohne Weiteres eine operative Behandlung. Die Kunst besteht darin, die Dignität der Fälle richtig zu erkennen und zu individualisiren.

Treten im Verlauf des Anfalls Komplikationen auf, allgemeine Betheiligung des Bauchfells, multiple Abscesse, Thrombosen, subphrenische Abscesse, so werden diese Fälle wohl ausschließlich einer Anstaltsbehandlung und specialistischen Behandlung bedürftig erscheinen müssen. Der Arzt wird hier wohl nicht leicht selber eingreifen wollen. Die Schwierigkeit, bei der allgemeinen Peritonitis einzugreifen, ergiebt sich aus dem Umstand, dass hier eine anatomische Diagnose meist nicht möglich ist. Mit Ausnahme der akut septischen Fälle, die durch die schweren Störungen des Allgemeinbefindens auch jede chirurgische Hilfe von der Hand weisen, wird man sich in den übrigen Fällen über die Art und Ausbreitung der Peritonitis keine Rechenschaft geben können und die operative Entscheidung von Fall zu Fall machen müssen.

Man ist übereingekommen, dass die Entfernung des Wurmfortsatzes im freien Intervall, um die Krankheit zu beseitigen, eine eben so dankbare wie relativ ungefährliche Operation ist. Seitdem die Kenntnis von der Heilbarkeit der Krankheit durch Operation sich verbreitet hat, verlangt der Kranke oft selber die Operation. Dabei sind folgende Gesichtspunkte festzuhalten. Die in dem freien Intervall vorhandenen Beschwerden entsprechen nicht ohne Weiteres den anatomischen Veränderungen, die man bei der Operation findet. Ausgedehnte Verwachsungen können fortdauernde Beschwerden an und für sich hervorrufen, ohne dass zu gleicher Zeit wesentliche Veränderungen am Wurmfortsatz selber vorkommen. Eben so können zwischen den Anfällen alle Beschwerden fehlen, dabei doch hochgradige anatomische Veränderungen am Wurmfortsatz vorliegen. Endlich giebt es eine Gruppe von Fällen, bei denen den Beschwerden entsprechende anatomische Veränderungen vorliegen. Mit jedem Anfall wird die Operation schwieriger und kann dann gleichfalls große technische Schwierigkeiten bieten. Bei der Operation im freien Intervall kann durch die exakte Etagennaht die Gefahr später eintretender Bauchbrüche vermieden werden. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Gussenbauer (Wien) empfiehlt an Stelle von Appendicitis den von Nothnagel vorgeschlagenen Namen: »Skolekoiditis« (von

σκώληξ, der Regenwurm). Der Ausdruck Appendicitis oder Skolekoiditis »larvata« sei fallen zu lassen, da es sich in solchen Fällen nur um diagnostische Irrthümer handelt.

Rotter (Berlin) findet, dass nach den heutigen Ausführungen Sonnenburg's dessen Standpunkt nicht mehr von dem der meisten deutschen Chirurgen sehr abweicht. Sonnenburg habe seinen früheren Standpunkt zu Gunsten der von R. schon 1896 gemachten Vorschläge verschoben. Die anatomische Einzelunterscheidung, die Sonnenburg noch im Anfall durchführen will, sei klinisch nicht durchführbar. Klinisch lasse sich wohl nur unterscheiden, ob es sich bei Appendicitis um umschriebene oder allgemeine Peritonitis handle. Den Wurmfortsatz in allen Fällen zu exstirpiren, hält R. für verkehrt. Bisweilen kann hierdurch erst die allgemeine Peritonitis zu Stande kommen. Man dürfe allerdings nicht, wie Sonnenburg, nur solche Fälle als komplicirt bezeichnen, die zu einem schlechten Ausgang führen. Im akuten Anfall soll die Appendix nur dann exstirpirt werden, wenn dies ohne besondere Schwierigkeit, speciell ohne Eröffnung der Bauchhöhle möglich ist.

v. Eiselsberg (Königsberg) schildert einen Fall von Kothfistelbildung nach Resektion des Wurmfortsatzes, der durch totale Darmausschaltung zur Heilung gelangte.

Kümmell (Hamburg) ist ebenfalls der Ansicht, dass es bei der Operation nicht auf den anatomischen Zustand der Appendix, sondern auf die klinischen Verhältnisse des Falles ankomme. K. ist mehr für die konservative Therapie. Unter 850 Fällen aus dem Hamburger Allgemeinen Krankenhaus waren 150 recidivirende Formen, die alle geheilt wurden. Von den 700 übrigen wurden nur 57 operirt. K. operirt in den leichten Fällen nicht, in den mittelschweren erst beim Wiederansteigen des Fiebers, bei diffuser Peritonitis stets und sofort, da dieselbe ohne Operation niemals heilt. Zur Beurtheilung der Schwere des Falles ist der Puls von größter Bedeutung. Die larvirte oder chronische Form ist nach K. viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird.

Rehn (Frankfurt a/M.) steht auf Sonnenburg's Standpunkt; er resecirt die Appendix in allen Fällen.

Rose (Berlin) betont, dass schon beim 1. Anfall die Appendix ganz zerstört sein kann. Man soll also schon beim 1. Anfall und so früh als möglich operiren, nicht abwarten, wenn es sich um den 1. Anfall handelt.

Ewald (Berlin) legt ebenfalls auf das Verhalten des Pulses großen Werth. Er vertheidigt den von ihm gewählten Ausdruck der Appendicitis larvata.

Jaffé (Hamburg).

Sonnenburg (Berlin) betont, dass sowohl die anatomische Diagnose als auch die Technik der oft sehr schwierigen Operationen im Anfall erst durch große Erfahrung erlernt werden kann. Wer dieselbe besitzt, wird jeden Fall von Appendicitis erfolgreich operativ

behandeln können. Die Dignität der einzelnen Anfälle ist sehr verschieden, und es ist daher schwer, allgemeine Regeln für die operative Behandlung aufzustellen. S. hat bisher noch nie zu bereuen gehabt, wenn er im Anfall selbst operirt hat. (Selbstbericht.)

H. Körte (Berlin) findet, dass Herrn Sonnenburg's Auffassung sich der von K., Rotter, Kümmell sehr genähert hat. K.'s Standpunkt ist der: im Anfall nur dann operiren, wenn Eiterung sich nachweisen lässt. Die Operation besteht alsdann in Eröffnung des Abscesses, Drainage und Tamponade. Der Wurmfortsatz wird im akuten Stadium nur ausnahmsweise entfernt, wenn er leicht erreichbar ist — was meist nicht der Fall ist. Bleibt eine Fistel, oder recidivirt die Entzündung, dann wird der Proccessus vermiformis im freien Intervall entfernt. Die relativ seltenen Fälle, welche sofort mit allgemeiner eitriger Entzündung einsetzen, müssten nach Analogie der Magen-Darmperforation in den ersten 24 Stunden nach Auftreten der Erscheinungen operirt werden; dazu ist bei uns nur sehr selten die Gelegenheit gegeben; auch in solchen Fällen, die sehr akut einsetzen, kann man noch Rückbildung und Abkapselung sehen. Bei ausgebildeter, eitriger Peritonitis vom Wurmfortsatz aus wird ca. $^1/_3$ (38%) durch Operation geheilt; die Prognose ist unsicher. (Selbstbericht.)

Jordan (Heidelberg) berichtet über einen Fall, in dem sich im Anschluss an Appendicitis zuerst eine akute, später eine chronische Peritonitis entwickelte. Bei der Incision entleerte sich ein eitriges Exsudat mit Staphylococcus aureus im Eiter. Drainage; Heilung.

Sprengel (Braunschweig) bezeichnet als Indikationen zur Operation anhaltende Schmerzen oder ein Schlechterwerden von Puls oder Temperatur. **Jaffé** (Hamburg).

---

53) **H. Riese** (Britz-Berlin). Über einen durch Laparotomie geheilten Fall von Hernia ileocoecalis incarcerata.

Wahre intraabdominale Hernien sind klinisch sehr selten beobachtet worden, während über ihre Anatomie zahlreiche Untersuchungen vorliegen, die zum Theil auch über die prädisponirenden Ursachen der Entstehung dieser Hernien Klarheit brachten. (Waldeyer, Toldt, Brösicke.)

Während Leichtenstern und Jonnesco an der Hand der wenigen beobachteten Fälle die klinischen Verhältnisse klar zu legen versuchten, geht Nothnagel in seinem neuen großen Werke über die Erkrankungen des Darms auf diese Hernien gar nicht näher ein, weil sie sich mit Ausnahme der Hernia diaphragmatica immer der Diagnose entzögen.

Die seltenste Form der wahren inneren Hernien ist diejenige, die in der Umgebung des Coecum auftritt. Von den hier vorkommenden normalen Processus kommen klinisch nur der Processus retrocoecalis und der Processus ileocoecalis in Betracht, letzterer

auch als Fossa ileoappendicularis bezeichnet. Bisher sind von wahren Hernien der Fossa ileoappendicularis nur bekannt die Fälle von Snow, der erst durch die Sektion klargestellt wurde, und der Fall von Nasse, der zur Operation kam, aber tödlich endete. Diesen schließt sich der vom Vortr. beobachtete Fall als dritter an.

Bei der Schilderung der anatomischen Verhältnisse des in Betracht kommenden Processus wird auf ein zur Demonstration gelangendes, zufällig bei einer Sektion gefundenes Präparat Bezug genommen, bei dem derselbe sehr schön entwickelt ist.

Der Fall, um den es sich handelt, ist folgendermaßen verlaufen:

32jähriger Fraiser, am 27. Juni 1898 in das Krankenhaus aufgenommen, hatte seit $1/2$ Jahre einen rechtsseitigen Leistenbruch bemerkt; am 21. Juni beim Heben von Eisenstangen plötzlich kolikartige Leibschmerzen oberhalb des Bruchs, danach noch Stuhlgang, dann Erbrechen alles Genossenen; seit 36 Stunden unaufhörliches Kothbrechen. An dem stark kollabirten Pat. fanden sich Symptome beginnender Peritonitis; bei Massenfüllung des Colon mittels Kuhn-schem Darmrohr trat medial vom Coecum eine hühnereigroße rundliche, scharf begrenzte Geschwulst von tympanitischem Darmschall hervor. Dies Symptom und das Freisein aller äußeren Bruchpforten musste zur Diagnose inneren Darmverschlusses durch Volvulus, durch Darmknickung in Folge Strangbildung oder durch eingeklemmte Ileocoecalhernie führen, zumal in der Anamnese Zeichen für eine Intussusception nicht vorhanden waren. Wegen der Form des Tumors wurde als Wahrscheinlichstes Hernia ileocoecalis incarcerata angenommen.

Laparotomie, unter Schleich's Lokalanästhesie in der Mittellinie ausgeführt, ließ nach Vorlagerung der Hauptmasse des Dünndarms eine tief gelegene Ileumschlinge erkennen, die in der Fossa ileoappendicularis eingeklemmt war. Nachdem dieselbe mit Leichtigkeit hervorgezogen war, zeigte sich, dass es sich um einen Darmwandbruch handelte: 2markstückgroße blauschwarz verfärbte Darmwandpartie, von scharfer Schnürfurche umgeben, gegenüber dem Mesenterialansatz. Die Fossa taubeneigroß, ihr Rand — die Bruchpforte — scharf gespannt. Nach Feststellung, dass an der Appendix, dem Coecum und dem übrigen Dünndarm keinerlei Abnormitäten außer langem Mesenterium, das an der eingeklemmten Schlinge noch etwas ausgezogen erschien, vorhanden waren, und dass der rechte Leistenkanal ganz frei war, Schluss der Bauchhöhle, da sich die Cirkulation in der eingeklemmten Schlinge wieder herstellte.

Pat. wurde nach 4 Wochen in gutem Zustand entlassen und vor kurzer Zeit in blühendem Zustand gefunden.

Was die Entstehung der Hernien der Fossa ileocoecalis betrifft, so hat schon Tuffier nachgewiesen, dass die Wände besagter Bauchfelltasche sich bei stärkerer Füllung des Darms spannen, und so die Tasche sich öffnet. Jonnesco fordert außer der Füllung des Darms noch eine gewisse Fixation der Appendix. In der Leiche,

von der das zur Demonstration gelangende Präparat stammt, konnte in situ die Fossa ileoappendicularis zum Klaffen gebracht werden, sobald nach Zubinden des Colon ascendens vom Ileum aus das untere Ende desselben und das Coecum mit Wasser gefüllt wurden. Schon zu Beginn der Füllung spannte sich die Plica ileoappendicularis. Trotzdem der Wurmfortsatz sehr lang war und ein sehr freies Mesenteriolum besaß, brauchte das Coecum, das ebenfalls sehr frei war, nur mit einem Finger ganz leicht fixirt zu werden. Hat sich die Tasche erst einmal geöffnet, so bewirkt die Bauchpresse dadurch, dass sie das gefüllte Coecum und Ileum fester fixirt, nur ein weiteres Klaffen. Dass in dem am Lebenden beobachteten Falle Ileum und Coecum vor Eintritt der Einklemmung gefüllt waren, darf eben so wie in dem Falle von Nasse als wahrscheinlich angenommen werden, da Pat. nach erfolgter Einklemmung noch mehrmals Stuhlgang gehabt hat. Ein weiteres begünstigendes Moment für das Zustandekommen der Hernie war das Vorhandensein einer mit besonders langem Mesenterium ausgestatteten Darmschlinge in der Nähe der Tasche.

Im Allgemeinen wird das Zustandekommen der Hernia ileocoecalis begünstigt 1) durch genügende Entwicklung der Tasche, 2) durch eine gewisse Fixation des Coecum und Füllung dieses sowohl wie des unteren Ileumabschnitts, 3) durch plötzliches Einsetzen der Bauchpresse. Nach kurzem Eingehen auf die Möglichkeit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose der wahren inneren Hernien ist in Betreff der Behandlung besonders auf die Schwierigkeit hinzuweisen, welche die Lösung namentlich der parajejunalen Hernien machen kann, wie die Fälle von Treves und Neumann beweisen. Was die Vernähung der Tasche bei der Hernia ileocoecalis betrifft, um Recidive zu verhüten, so ist diesbezüglich die Erfahrung von Schott im Auge zu behalten, nach dem sich nach Verschluss der Falte eine Cyste in der Fossa entwickeln und diese durch Druck auf Ileum und Coecum das Leben gefährden kann. Statt Vernähung der Tasche würde daher Resektion des Wurmfortsatzes zu empfehlen sein.

Bei 7 in der antiseptischen Ära ausgeführten Operationen bei eingeklemmten wahren intraabdominalen Hernien wurde 2mal Heilung erzielt (Neumann, Riese). In den übrigen 5 Fällen konnte einmal (Treves) die Einklemmung überhaupt nicht behoben werden, 4 Pat. starben nach gelungener Operation.

Nach dem Vortrag machte Körte den Vortr. persönlich darauf aufmerksam, dass einige Fälle intraabdominaler eingeklemmter Hernie von ihm mit Glück operirt worden sind (Aschoff).

Unter diesen findet sich 1 Fall von Hernia retrocoecalis, die übrigen sind Fälle von Einklemmung in abnormen Bauchfelltaschen. Ein weiterer durch Operation geheilter Fall von eingeklemmter Hernia parajejunalis wurde auf der letzten British med. Association von Tubby bekannt gegeben. (Also 9 Fälle eingeklemmter wahrer intraabdominaler Hernien in normalen Bauchfelltaschen mit 4 Heilungen.)

(Selbstbericht.)

---

54) **Lexer** (Berlin). Magenschleimhaut im persistirenden Dottergang.

Es giebt am Nabel angeborene unvollständige Fisteln und Schleimhautektopien, welche nach der Struktur ihrer Schleimhaut sowohl als auch nach der Eigenschaft des abgesonderten Sekrets Beziehungen zum Magen zu haben scheinen. Tillmanns hat in einem solchen Falle Reste eines abgeschnürten Magendivertikels angenommen. Von den später veröffentlichten Fällen ist für die Genese dieser merkwürdigen Schleimhautreste der Befund Siegenbeek's an einem Fötus am wichtigsten. Hier war ein Meckel-sches Darmdivertikel durch eine Einschnürung in 2 Abschnitte getheilt, von welchen die innere Darmschleimhaut, die äußere, vom Darm abgeschlossene, Magenschleimhaut trug (Pseudopylorusschleimhaut). Daran schließt sich Siegenbeek's Hypothese, dass frühzeitig, vor Einwirkung der Galle abgeschnittene Theile eines Meckel'schen Divertikels nicht die Umwandlung zu Darmschleimhaut, sondern zu jener der Schleimhaut der Pylorusgegend ähnlichen Auskleidung durchmachen. Eine Entscheidung, welche von beiden Auffassungen richtiger ist, konnte bisher nicht getroffen werden.

In einem von L. mit Erfolg operirten Falle handelt es sich um eine angeborene Nabelfistel, deren helles, fadenziehendes, stark saures Sekret nach Untersuchung von Herrn Prof. Thierfelder sich chemisch wie Magensaft verhielt. Bei der Operation wurde mitsammt dem Nabel ein 8 cm langer Fistelschlauch bis zu seiner Einmündung in den Dünndarm entfernt. Auf die Schleimhautauskleidung des Lumens, welches 2 cm hinter der Nabelöffnung verschlossen war, folgen die Schichten der Muscularis mucosa et Muscularis, darauf Serosa. Die histologische Untersuchung ergab in dem größeren mit dem Darm kommunicirenden Theile Dünndarmschleimhaut, in dem äußeren Abschnitt »Pseudopylorusschleimhaut« als Auskleidung des Ganges; es liegt also ein Befund vor, welcher dem von Siegenbeek erhobenen ganz analog ist, nur bildet hier der eigenthümliche Schleimhautabschnitt auch wirklich eine Nabelfistel, deren Herkunft als Theil eines Meckel'schen Divertikels durch den anatomischen Zusammenhang mit dem Darm erwiesen ist. Wenn es auch nicht möglich ist, die Entstehung der dem Magensafte ähnlichen Sekretion zu erklären, so zeigt doch der Fall mit Sicherheit, dass die in Rede stehenden Schleimhautreste im Nabel nicht von Magen-, sondern Darmdivertikeln stammen.

(Selbstbericht.)

---

55) **A. Most** (Breslau). Über die Lymphgefäße und die regionären Lymphdrüsen des Magens in Rücksicht auf die Verbreitung des Magencarcinoms.

M. hat den Lymphgefäßapparat des Magens mit Rücksicht auf die Verbreitungswege des Carcinoms mittels der Injektionsmethode

nach Gerota an 22 Leichen untersucht und theilt folgende Ergebnisse mit: Die Injektionsmasse und sowohl auch der Lymphstrom richtet sich hauptsächlich nach der kleinen Curvatur hin, und zwar nach links und oben zu Drüsen, welche, an den Vasa coronaria sinistra gelegen, bis zur Cardia hin reichen; mit den Blutgefäßen wendet sich der Lymphstrom nach rechts und hinten den pankreatischen Drüsen zu. Vom Pylorustheil aus verlaufen Gefäße sowohl in der beschriebenen Richtung nach links, als auch solche entlang den Vasa coronaria dextra wiederum zu den pankreatischen Drüsen. Vom Fundus gehen die Gefäße zum Milzhilus in die dort gelegenen Drüsen und von diesen auf den Vasa lienalia zu den pankreatischen Drüsen. Am Pylorustheil der großen Curvatur ziehen die Gefäße entlang den entsprechenden Vasa coronaria und hinter dem Pförtner hinauf ebenfalls zu den pankreatischen Drüsen. Unter und hinter dem Pylorus liegen zahlreiche Drüsen, welche bei Carcinomoperationen die Arteria colica media in Gefahr bringen können. Bei Injektion des submukösen Lymphgefäßnetzes füllt sich dieses weithin, und erst bei einem gewissen Überdruck dringt die Injektionsflüssigkeit in die subserösen Lymphgefäße. Analogien finden sich beim Krebswachsthum. — Gegen die Nachbarschaft ist das Lymphgebiet an der Serosaseite des Magens scharf abgegrenzt. An der Mucosaseite besteht diese scharfe Grenze nicht.

Für die Operation des Pyloruskrebses erscheint eine möglichst ausgedehnte Fortnahme der kleinen Kurvatur demnach besonders wichtig. Außerdem ist eine systematische Entfernung aller regionären Drüsen anzustreben; sind jedoch die pankreatischen Drüsen bereits in erheblichem Grade krebsig entartet, wird eine Radikalheilung schwer möglich sein, da dann wohl auch schon die Drüsen an den großen Bauchgefäßen inficirt sind. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Kader (Breslau) hat unter 8 Exstirpationen von Magencarcinomen keine so hochstehenden Lymphdrüsen an der Cardia auf der kleinen Curvaturseite gefunden, aber konstant eine Drüse am Kniewinkel des Magens, deren Entfernung wegen ihrer Beziehungen zum Pankreas erhebliche Schwierigkeiten machen kann. Die systematische Ausräumung der Drüsen, wie sie in der Breslauer Klinik geübt wird, giebt schlechtere unmittelbare Erfolge, da die Operation unter Umständen 1 Stunde und mehr verlängert wird. Die Dauererfolge sind aber um so besser. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

56) **Freiherr v. Eiselsberg** (Königsberg i/Pr.). Über Magen- und Duodenalblutungen nach Operationen.

Während bei Ulcus ventriculi, beim Carcinom so wie endlich nach Verätzung Magenblutungen nichts Seltenes sind, kommen sie

sonst nur recht selten zur Beobachtung. Die nach Verbrennung (Erfrierung) und Chloroformnarkose ab und zu auftretenden hat Billroth auf septischen Ursprung zurückgeführt.

v. E. hat in Königsberg 8 Fälle von Magen- bezw. Duodenalblutungen beobachtet, welche im Anschluss an Operationen aufgetreten sind. 7mal handelte es sich um Laparotomien; diese sollen zunächst erörtert werden.

1. Fall: 43jähriger Mann, bei dem die Radikaloperation einer freien Leistenhernie nach Bassini gemacht wurde. Nur etwas an der Umrandung der Apertura post. des Leistenkanals angewachsenes Netz wurde abgebunden. In der Nacht Hämatemesis. Heilung per primam.

2. Fall: 59jährige Frau. Radikaloperation einer freien Nabelhernie, wobei auch etwas Netz abgebunden wurde. In der Nacht Hämatemesis. Heilung per primam.

3. Fall: 60jährige Frau. Schwierige Operation einer incarcerirten Nabelhernie. Zahlreiche Netzabbindungen. In der Nacht Hämatemesis. Heilung per primam.

4. Fall: 60jähriger Mann (starker Potator), etwas Albuminurie, Exstirpation eines hochsitzenden Rectumcarcinoms (zahlreiche Abbindungen im Mesorectum).

Kein Erbrechen, leichte Symptome von Sepsis, Tod nach 5 Tagen.

Sektion ergiebt: 1) Peritonitis, auf eine im kleinen Becken liegende Schlinge beschränkt; 2) Nephritis; 3) zahlreiche frische Hämorrhagien der Magenschleimhaut.

5. Fall: Reposition en bloc einer rechtsseitigen Leistenhernie. Die Laparotomie ergiebt Peritonitis und Achsendrehung des Coecums. Anus praeternaturalis wegen des schlechten Allgemein- und Lokalzustandes. Kein Erbrechen, Exitus nach 3 Tagen.

Sektion ergiebt: Abnorm langes Mesocoecum, ca. 30 frische Magenerosionen, 2 davon 10pfennigstückgroß.

6. Fall: 42jähriger Mann. Irreponible Leistenhernie mit Symptomen von Ileus. Die Laparotomie ergiebt Peritonitis und Netztorsion. Das Netz wird abgebunden. Am folgenden Tage Hämatemesis. Tod nach 38 Stunden.

Sektion ergiebt, dass noch 2 Schraubengänge von gedrehtem Netz vorhanden waren. Frische Magen- und Duodenalgeschwüre.

7. Fall: 43jähriger Mann. Wegen eines hohen Rectumcarcinoms wird dasselbe exstirpirt und ein Anus sacralis angelegt. Hämatemesis nach 2 Tagen. Am 9. Tage pechschwarzer Stuhl und Exitus.

Sektion ergiebt: Peritoneum fast normal, ein tiefes Duodenalgeschwür mit arrodirter A. hepatica.

5mal war Hämatemesis am 1.—7. Tage post. operat. aufgetreten.

2mal fehlte dieselbe, doch deckte die Sektion 1mal Hämorrhagie und 1mal Geschwüre auf.

Keiner der Pat. hatte früher je Blutbrechen oder Magenbeschwerden gehabt, auch sahen alle Geschwüre ganz frisch aus. Es

muss also die Hämatemesis als Folge des Eingriffs angesehen werden. Es fragt sich nur, ob im Eingriff selbst, oder in anderen Umständen die Ursache bezw. ein prädisponirendes Moment gefunden werden kann.

1) Erbrechen vor und nach der Narkose kann gewiss zu Hämorrhagien prädisponiren.

2mal war kein Erbrechen vorhanden,

2mal war nur einmalige Hämatemesis,

3mal war außer der Hämatemesis noch mehr oder weniger starkes Erbrechen vorhanden.

Es kann also das Erbrechen nicht als ätiologisches Moment der Blutung aufgefasst werden.

2) Wenn die Narkose oder die Laparotomie als solche schon die Ursache der Hämatemesis wäre, müssten Magen- bezw. Duodenalblutungen viel häufiger vorkommen.

3) Anders verhält es sich mit den Netzabbindungen.

In 6 von den 7 Laparotomien wurde Netz- bezw. Mesorectum abgebunden. In einem Falle (Fall 5) wurde allerdings bloß ein Anus praeternaturalis angelegt, doch handelte es sich um eine vorhergegangene Reposition en bloc, wobei gewiss reichlich Gelegenheit zu Quetschungen des Mesenteriums gegeben war.

Da nun Leber und Lunge in den Fällen, welche ad exitum kamen, frei von Herden gefunden wurden, kann vielleicht ein rückläufiger Transport in den Venen angenommen werden, wozu die senkrechte Einmündung der Magenvene in die Vena portarum disponirt.

Unter dieser Voraussetzung erscheint es als nicht unwahrscheinlich, dass der Magensaft verdauend auf die von der Embolie betroffenen Schleimhautpartien wirkt (Billroth).

In der chirurgischen Klinik zu Königsberg wurde 3mal nach Magenresektionen Perforation des Magens nicht etwa an Stelle der Naht, welche sich intakt erwies, sondern in der Nähe, 1—2 cm davon entfernt, mitten in gesunden Partien beobachtet. Es könnte dabei auch die Abbindung der Gefäße der großen und kleinen Curvatur eine Rolle spielen. Da aber glücklicherweise in der Mehrzahl der Fälle von Netz- oder Mesenterialabbindungen diese Blutungen nicht zu Stande kommen, ist diesem Operationsakte auch nicht viel mehr als der Werth eines prädisponirenden Moments beizumessen.

4) Endlich ist noch der Wundverlauf in den Fällen zu erörtern.

3mal erfolgte derselbe per primam intentionem.

1mal (Fall 7) reaktionslos. Der Exitus erfolgte hier in Folge der Blutung.

3mal führte Peritonitis zum Tode, davon war



a. 1mal durch die Operation eine Peritonitis erzeugt; dieselbe im Verein mit der bestehenden Schrumpfniere war die Ursache des letalen Ausgangs.

b. 2mal führte die schon ante operationem bestehende Peritonitis zum Exitus.

Wenn der Wundverlauf als Ursache der Hämatemesis angesehen würde, dann müsste angenommen werden, dass in den p. p. heilenden Fällen eine retrograde Embolie von nicht inficirten Thromben stattgefunden hätte, in Fall 7 wäre ein relativ wenig inficirter Thrombus vorhanden gewesen, in 3 Fällen endlich Embolie durch inficirte Thromben erfolgt.

Einschlägige Thierversuche (Kaninchen) haben ergeben, dass es einmal gelang, durch Netztorsion frische Magenhämorrhagien bei glattem Wundverlauf zu erzeugen.

Im Anschluss an diese nach Laparotomie entstandenen frischen Magen-Duodenalblutungen soll noch über einen Fall berichtet werden, in welchem eine frische ad exitum führende Duodenalblutung durch eine Operation verursacht wurde.

Bei einem 29jährigen Arzt wurde wegen Carcinom der Tonsille und Gaumenbögen (mit Drüsenmetastasen am Halse) die Exstirpation mit Resektion von Carotis, V. jugul. und N. hypoglossus gemacht. Der Verlauf war reaktionslos, die Wunde heilte, wie in solchen Fällen stets, per secundam. Am 8. Tage post operat. pechschwarzer Stuhl und tödliche Hämatemesis.

Die Sektion deckte ein frisches Ulcus duodeni auf, in dessen Tiefe die Art. pancreatica duodenalis arrodirt war. Neben dem frischen Ulcus fanden sich 2 alte Narben.

(Selbstbericht.)

57) Freiherr v. Eiselsberg (Königsberg i/Pr.). Zur Kasuistik des Sanduhrmagens.

v. E. hat bisher 7 Fälle von Sanduhrmagen beobachtet und operirt. Jedes Mal handelte es sich um sanduhrförmige Einschnürungen nach Magenulcus.

4mal war das Ulcus frisch, 3mal war dasselbe verheilt.

Bei den 7 Pat. wurden 9 Operationen am Magen ausgeführt.

7mal Längenincisionen mit folgender Quernaht (2 Todesfälle).

2mal Gastroanastomose (1 Todesfall).

Die 2 Todesfälle bei Längenincision und folgender Quernaht sind auf die Operation selbst zurückzuführen; es waren zu viele Verwachsungen zu lösen, und kam es 1mal in Folge von Perforation zur akuten Sepsis. Besser wäre in diesem Falle die Gastroenterostomie gewesen.

Der Todesfall bei Gastroanastomose ist auf einen technischen Fehler zurückzuführen; der eine Schnitt fiel etwas ins Bereich der Schwiele, und da kam es zum Durchschneiden der Nähte.

Da in den 5 Fällen von Längenincision

2mal direktes Recidiv beobachtet wurde,
1mal Verdacht auf Recidiv besteht,
1mal erst kurze Zeit verflossen, und nur
1mal Pat. nach längerer Zeit beschwerdefrei ist,

so räth v. E. von dieser Operation ab und giebt der Gastroanastomose oder Gastroenterostomie den Vorzug. Letztere kommt vor Allem dort in Betracht, wo der kardiale Theil des Magens relativ groß ist.

(Selbstbericht.)

---

58) **Krönlein** (Zürich). Demonstration eines durch cirkuläre Pylorusresektion gewonnenen Präparats von ausgedehntem traumatischem Ulcus der ganzen Pars pylorica mit hochgradiger Pylorusstenose.

K. verweist im Übrigen auf seine neulich erschienene Arbeit: »Über Ulcus und Stenosis des Magens nach Trauma« (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie 1899 Bd. IV p. 493—504), wo der Fall nebst einem zweiten ganz ähnlichen ausführlich beschrieben ist. (Selbstbericht.)

Diskussion.

H. Körte (Berlin) hat ebenfalls einen Fall von Pylorusstenose nach Trauma gesehen. (Selbstbericht.)

Wagner (Königshütte) hat einen Fall erlebt, in dem sich im Anschluss an eine Quetschung des Bauches und der Magengegend Magenblutungen einstellten, die sich seitdem von Zeit zu Zeit wiederholen und wohl auf ein im Anschluss an das Trauma entstandenes Geschwür zurückgeführt werden können. **F. Krumm** (Karlsruhe).

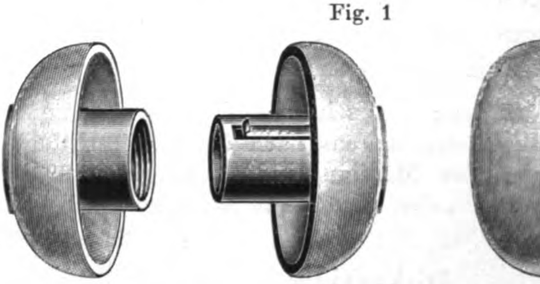
---

59) **Sultan** (Göttingen). Über resorbirbare Darmknöpfe.

Die Beobachtung, dass die Schwere des Murphyknopfes allein zuweilen einen unglücklichen Ausgang bewirken kann, welche auch an einem von Herrn Geheimrath Braun in Göttingen operirten Fall von Gastroenterostomie mit Murphyknopf gemacht werden konnte, veranlasste S., den schweren metallenen Knopf durch einen wenigstens theilweise resorbirbaren, im Übrigen eben so sicher wie der Murphyknopf funktionirenden Darmknopf zu ersetzen. Dass die Anwendung des Frank'schen resorbirbaren Darmknopfs besonders bei Ausführung der Gastroenterostomie höchst unsicher und gefährlich sein kann, ist nach den mitgetheilten Operationserfolgen und nach den Resorptionsversuchen des Vortr. als erwiesen zu betrachten. S. verwandte

desshalb, nachdem durch Resorptionsversuche mit künstlichem Magensaft und an Hunden mit Magenfisteln festgestellt war, dass ein entkalkter Elfenbeinknopf etwa halb so langsam resorbirt wird, wie ein knöcherner, ausschließlich das Elfenbein zur Anfertigung der von ihm hergestellten Knöpfe. Dieselben bestehen aus 2 mit je einer kleinen Metallhülse armirten elfenbeinernen Knopfhälften, die in der Art des Murphyknopfs in einander federn. Um auch nach dem Zusammenschieben der Knopfhälften einen dauernden elastischen Druck auf die dazwischen geklemmte Magen- oder Darmwand auszuüben, wird jede derselben mit einem aufzustülpenden Gummiring versehen. Weiterhin wurde, um bei Ausführung der Gastroenterostomie die Resorption der im Magen liegenden Knopfhälfte noch mehr zu verlangsamen, dieselbe für diesen Zweck auf ihrer ganzen Außenfläche mit einer passenden Gummihülle versehen.

Fig. 1



2 lose Knopfhälften.



Zur Ausführung einer Gastroenterostomie mit Gummihüllen armirt.

Ein so hergestellter Knopf liegt 3 volle Tage nach der Ausführung der Gastroenterostomie noch ganz unverändert an Ort und Stelle, und die Resorption beginnt erst — beim Hund — am 5. Tage, beim Menschen sicherlich noch später. Die zuverlässige und gute Funktion des Knopfes wird an zahlreichen Präparaten von an Hunden ausgeführten Gastroenterostomien und axialen wie seitlichen Darmvereinigungen aus den verschiedenen Stadien demonstrirt. Ein etwa durch das Abgehen der kleinen Metallhülse erwachsener Nachtheil ist nicht beobachtet worden.

Die Vorzüge des vorliegenden Darmknopfs vor dem Murphyknopf, mit dem er den leichten und sicheren Verschluss und die Bequemlichkeit in der Anlegung gemein hat, liegen darin, dass er halb so leicht ist wie ein entsprechend großer Murphyknopf und dass nach Resorption des Elfenbeinantheils die Metallhülse, selbst wenn sie in den Magen fallen sollte, die bedeutend größere Anastomosenöffnung wesentlich leichter passiren kann, als wenn das Lumen der angelegten Anastomose nur gerade dem Durchmesser des Knopfes entspricht. Der Vortr. glaubt daher, dass der

vorliegende Knopf genügend große Vorzüge besitzt, um nach den mitgetheilten Versuchen nunmehr seine Anwendung beim Menschen empfehlen zu können.

Zum Schluss demonstrirt S. ein einfaches Instrument, welches zur Abklemmung des Magens bei Ausführung der Pylorusresektion dient. Es besteht aus 2 Metallstäben, deren einer mit 2 federnden gezähnten Seitentheilen versehen ist; der zweite Stab wird über diese

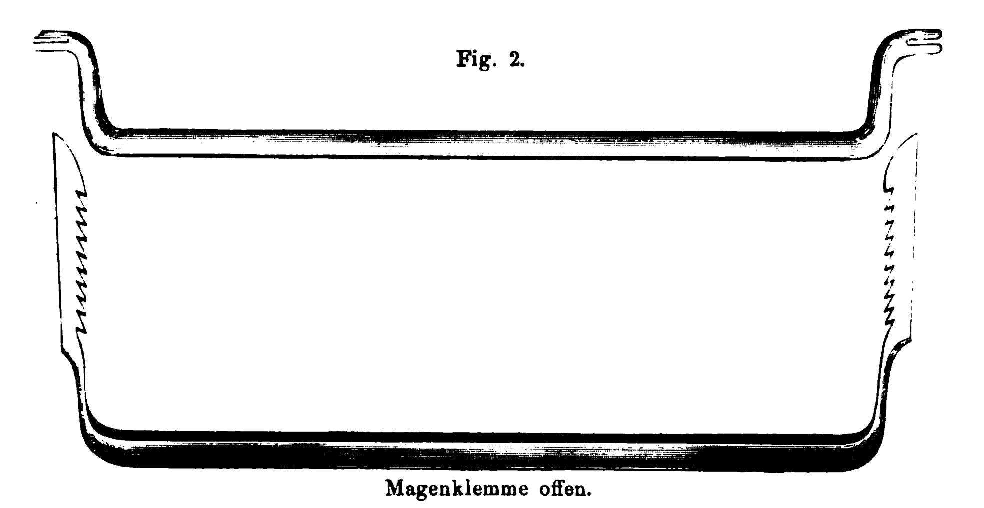


Fig. 2.

Magenklemme offen.

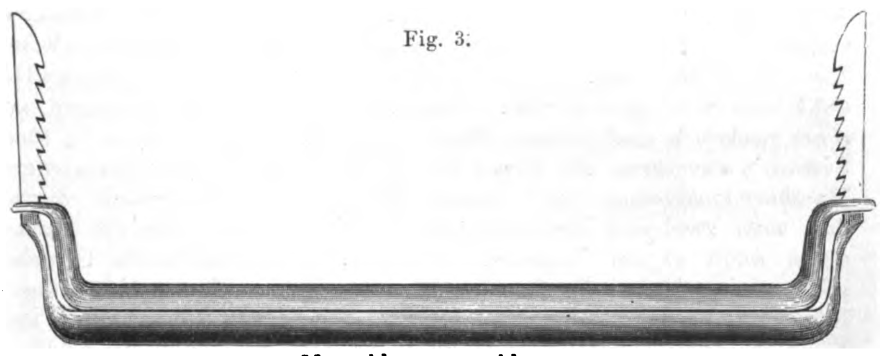


Fig. 3.

Magenklemme geschlossen.

Zahnleisten hinweggeschoben und in jeder Höhe durch den Federdruck fixirt. Zur Öffnung der Klemme genügt ein leichter Druck zwischen Daumen und Zeigefinger.

Die Vorzüge dieser Klemme vor den jetzt in Gebrauch befindlichen bestehen darin, dass dieselbe sich in beliebiger Länge herstellen lässt und doch in allen Theilen einen vollkommen gleichmäßigen Druck ausübt, dass sie in ihrer Einfachheit sehr leicht zu reinigen ist und sich billig herstellen lässt. Wer ganz vorsichtig sein

will, kann, um keinen zu starken Druck auszuüben, die Stäbe vor dem Kochen mit einem Gummischlauch überziehen: nothwendig ist es jedoch nicht. Die Klemme hat sich in der Göttinger chirurgischen Klinik bereits praktisch bewährt.

Knöpfe und Klemme sind von den Instrumentenmachern Mahrt & Hörning in Göttingen zu beziehen. (Selbstbericht.)

60) **Modlinski** (Moskau). Über zweizeitige Gastroenterostomie.

Da die Gastroenterostomie eine häufig angezeigte Operation ist, erscheint es wünschenswerth, eine Ausführungsmethode derselben zu ersinnen, welche sie auch solchen Chirurgen zugängig macht, die die bis jetzt erforderlichen Eigenschaften und Bedingungen zur gefahrlosen und erfolgreichen Ausführung derselben nicht besitzen. Hauptbedingung für den guten Erfolg ist Vermeidung jeder Verunreinigung der Bauchhöhle durch Darminhalt, von großem Einfluss die Schnelligkeit der Operationsausführung. Jene Verunreinigung sicher zu vermeiden, haben verschiedene Chirurgen versucht, die Operation zweizeitig zu machen, d. h. den uneröffneten Darm an den uneröffneten Magen zu fixiren, gleichzeitig aber Bedingungen zu schaffen, die eine spätere spontane Anastomosenbildung an der Fixationsstelle bedingen. Knie aus Moskau war der Erste, der eine derartige Methode auf dem X. internationalen Ärztekongress in Berlin vorschlug. Dieselbe Methode wurde später — 1892 — von Postnikoff, Knie's früherem Assistenten, als neu erfunden publicirt und in einer Modifikation vorgeschlagen, die noch weniger praktisch ist als die unsprüngliche Knie'sche Methode. — Die gleiche Idee verfolgten Bastianelli 1892 und Souligoux 1896. Doch erst Podres ist es gelungen, zu einer praktisch ausführbaren Methode zu kommen, indem er die Idee Simon's ausnutzte, die dieser für die Herstellung einer Harnleiter-Mastdarmanastomose 1857 vorgeschlagen hatte. Sie besteht darin, dass man zwei sich kreuzende seidene Nähte anlegt, die die Darmwand dicht an die Magenwand fixiren. Das umschnürte Gewebe soll von den Fäden durchschnitten und auf diese Weise eine künstliche Öffnung hergestellt werden. Einfachheit wie Schnelligkeit der Ausführung dieser Operation haben viel Anziehendes, aber die exakten Kontrollversuche, die Warneck und Kiseleff im Moskauer Institut für chirurgische Operationslehre mit ihr angestellt, haben keinen einzigen guten Erfolg ergeben; und gleichen Misserfolg ergab die Operation bei den kranken Menschen. Das ist leicht erklärlich. Schnürt man in die sich kreuzenden Fadenligaturen so viel Gewebe ein, dass sich später eine genügende Anastomosenöffnung bilden müsste, so entstehen unbedingt 2 Ösen; bald nach der Entstehung zweier kleiner Gewebsöffnungen hört aber die Zugkraft der Ligatur auf zu wirken, die Öffnungen erweitern sich nicht mehr, können sogar wieder zusammenwachsen. — Dieser Misserfolg lässt sich aber

leicht vermeiden, man braucht nur die seidene Ligatur durch eine elastische zu ersetzen, die allmählich Alles durchschneidet, was sie umschnürt hat. Redner hat denn auch in der That in allen 9 Fällen, wo er bei Hunden die Gastroenterostomose in solcher Weise ausgeführt hat, eine Anastomosenöffnung erhalten, die größer war als die Pylorusöffnung. Um aber die Beweiskraft seiner Versuche und die Exaktheit der erzielten Resultate noch einwandsfreier zu machen, ist er noch weiter gegangen, er hat 20mal den Magen in einer gewissen Entfernung vom Pylorus quer durchtrennt, jede der zwei erhaltenen Öffnungen besonders zusammengenäht und dann eine Anastomose zwischen dem blinden Magensack und dem Darm angelegt. Auch dabei hat er ganz ideale Resultate erzielt.

Bei Anwendung der Methode am Menschen erscheint es aus Sicherheitsrücksichten wünschenswerth, um die durch Gummifäden an einander fixirte Partie noch eine kontinuirliche Naht anzulegen.

(Selbstbericht.)

---

61) **Kelling** (Dresden). Physiologische Experimente zur Gastroenterostomie.

Durch eine größere Anzahl Versuche an Hunden, welche in der chirurgischen Klinik in Breslau begonnen und in der thierärztlichen Hochschule in Dresden beendet worden sind, wurden folgende Fragen studirt:

1) Unterschied zwischen im Pylorus- und im Fundustheil angelegten Fisteln.

2) Berücksichtigung des Kontraktionszustands der Längs- und Ringmuskulatur des Darms zur Erzielung konstanter Werthe der Länge der Schlinge und der Größe der Fistel.

3) Zusammenhang zwischen der Größe des Schnitts und der Spornbildung.

4) Die Bedeutung hydrostatischer Verhältnisse der Bauchhöhle für die Entleerung des Magens.

5) Art der Entleerung des Magens bei Gastroenterostomie und offenem Pylorus.

6) Unterschiede für Pankreassaftfluss und Gallenfluss, je nachdem gewisse Stoffe des Mageninhalts (Fette und Säuren) das Duodenum passiren oder direkt in die abführende Jejunumschlinge gelangen.

7) Differenzen der motorischen Hemmungen des Magens bei Füllung des Duodenums, der ab- und zuführenden Schlinge des Jejunums. (Die Entleerung des Magens bei Ulcus ventriculi und offenem Pylorus wird wesentlich beschleunigt, wenn der Gastroenterostomie die Vernähung des Pylorus zugefügt wird.)

8) Die Folge umgekehrter Einschaltung der ersten Jejunumschlinge, die Bestimmung der zulässigen Grenze für umgekehrte Einschaltung in Beziehung zur Gastroenterostomie mit Enteroanastomose.

9) Die Ausschaltung der oberen Jejunumschlinge und ihre Bedeutung für die Gastroenterostomie mit direktem Zufluss des Mageninhalts in die abführende Schlinge (der salzsäurehaltige Mageninhalt verursacht in tieferer Schlinge Katarrh).

Die genaue Veröffentlichung der Untersuchungen erfolgt in den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. (Selbstbericht.)

---

62) **H. Braun** (Göttingen). Demonstration eines Präparats einer 11 Monate nach Ausführung der Gastroenterostomie entstandenen Perforation des Jejunums.

B. hatte bei einem 25jährigen Manne, der jahrelang an Magenbeschwerden, zuletzt an häufigem Erbrechen gelitten hatte, am 17. November 1897 die Gastroenterostomie nach der Methode von v. Hacker gemacht. Die Heilung kam gut zu Stande, und Pat. klagte in der Folge nur noch zeitweise über Magenbeschwerden. Am 18. Oktober 1898 erkrankte derselbe plötzlich mit den Erscheinungen einer Perforationsperitonitis und starb 3 Tage darauf. Die Sektion ergab ein glattrandiges, wie mit einem Locheisen ausgeschlagenes Geschwür von etwa 1 cm Länge und 1/2 cm Breite, das ca. 1 cm entfernt von der Stelle, an welcher der Darm mit dem Magen vereinigt war, in der abführenden Schlinge des Jejunums lag und vorn zwischen Magen und Quercolon in die offene Bauchhöhle perforirt war.

Jedenfalls war das Geschwür als ein Ulcus pepticum aufzufassen und wahrscheinlich entstanden durch die Einwirkung des Magensaftes auf eine etwas lädirte Partie der Darmschleimhaut; allerdings konnte in dem Verlauf der Operation keine Ursache für eine derartige Verletzung gefunden werden, da dieselbe in gewöhnlicher Weise ausgeführt und die Heilung reaktionslos verlaufen war. B. demonstrirte das Präparat, da die Entstehung eines Ulcus pepticum im Jejunum nach Ausführung der Gastroenterostomie noch nicht bekannt war.

Mit Bezug auf die von Herrn König erwähnte seitliche Incision der Bauchwand fügt B. noch hinzu, dass er dieselbe auch einige Male bei der Gastroenterostomie gemacht hat, und ihn öfters wegen der Leichtigkeit, mit welcher der Anfangstheil des Jejunums gefunden werden kann, ausführen würde, wenn die Verletzung nicht eine größere und die Blutung eine stärkere sei, als bei dem Eingehen in der Medianlinie. B. empfiehlt aber den Schnitt in dem linken M. rectus zu machen, wenn das Abdomen nach einer Gastroenterostomie zum zweiten Mal geöffnet werden muss, um etwa wegen eines Circulus vitiosus eine Enteroanastomose anzulegen, weil man dann mehr Aussicht hat, nicht in Verwachsungen hineinzukommen und die anatomischen Verhältnisse besser übersehen zu können. (Selbstbericht.)

---

63) **Ledderhose** (Straßburg). Ein Fall von Gastroenterostomie wegen Stenose des unteren Duodenums.

Ein 54jähriger Pat., der in gesunden Tagen 98 kg gewogen hatte, bemerkte seit Anfang 1897 Rückgang des Appetits, der Kräfte und des Körpergewichts. Bis zum Herbst hatten sich vollständige Appetitlosigkeit, häufiges galliges Erbrechen und bedeutende Abmagerung eingestellt, der Gewichtsverlust betrug 33 kg. Die Temperatur sank unter 36°, die 24stündige Urinmenge auf 200—300 ccm, die Herzthätigkeit war mittelmäßig, der Stuhlgang war weißgelb gefärbt. Der Mageninhalt enthielt bei jeder Auswaschung grünliche, also einige Zeit im Magen verweilte Galle, die Käsebröckel waren bis in das Centrum grün gefärbt; nach erfolgter Auswaschung des Magens entleerten sich reichliche Mengen von Galle in denselben bezw. durch die Sonde nach außen, konstant war freie Salzsäure, nicht deutlich Milchsäure nachweisbar; mit neutralisirtem Inhalt war Eiweißverdauung nicht zu erzielen.

Bei der Operation am 16. Oktober 1897 ergab sich an der rechten Seite der Wirbelsäule, wie es schien, dem unteren Querstück des Duodenums angehörend, ein harter, unbeweglicher Tumor von der Größe einer Kinderfaust. Es wurde die vordere Gastroenterostomie ausgeführt, welche ohne Störung verlief. Charakteristisch für die hochgradige Austrocknung der Gewebe und den schnellen Erfolg der Operation war es, dass dem Pat. 2 Tage vor der Operation der Ehering vom Finger fiel, während er 8 Tage nach derselben nicht mehr im Stande war, den Ring von demselben Finger abzustreifen. 2 Monate nach der Operation konnte er seinen Beruf als Zahlmeister wieder voll übernehmen und versieht denselben bis heute. Das Körpergewicht ist allmählich wieder bis auf die frühere Höhe von 98 kg gestiegen. Pat. kann Alles, was auf den Tisch kommt, ohne Beschwerden essen und trinken.

L. nimmt an, dass bei dem Pat. auch jetzt noch die Hauptmenge der Galle und des Pankreassaftes durch den Pylorus in den Magen zurückfließt, bei der normalen Verschlussfähigkeit des Pylorus jedoch nicht kontinuirlich, sondern nur zeitweise, hauptsächlich wohl gegen Ende der Magenverdauung, so dass diese eine wesentliche Störung nicht erfährt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

F. König (Berlin) stellt eine Pat. vor, an der bereits 2mal eine Gastroenterostomie gemacht worden und K. zu einer 3. genöthigt war. v. Bergmann bevorzugt als beste und einfachste Methode die vordere Gastroenterostomie, Gastroenterostomia antecolica. Bei der vorgestellten Pat. war vorher die hintere, Gastroenterostomia postcolica, und noch eine 2. Operation gemacht worden. Da wieder Ileuserscheinungen auftraten, machte K. zum 3. Mal die Laparotomie und dies Mal die vordere Gastroenterostomie, worauf bis jetzt Hei-

lung sich einstellte. Pat. hat also nunmehr 4 Löcher im Magen, 2 natürliche, Cardia und Pylorus, 2 künstliche in Folge der Gastroenterostomien.

Hahn (Berlin) hat einen ähnlichen Fall erlebt wie Braun. Hier hatte sich 1 Jahr nach der Operation ein Ulcus pepticum im Anfangstheil des Duodenums gebildet, 2 cm von der Stelle entfernt, wo die Gastroenterostomie (antecolica) gemacht worden war.

Kausch (Breslau) findet in letzter Zeit in Fällen wiederholter Laparotomie viel seltener Adhäsionen als früher, was er auf die aseptische Wundbehandlung zurückführt. Auch Mikulicz bevorzugt jetzt die vordere vor der hinteren Gastroenterostomie.

Kader (Breslau) bespricht die nach Ausführung der Gastroenterostomie leicht eintretende und gefährliche Rückstauung des Darminhalts, als deren Hauptursache er die gewöhnlichen Nahtmethoden bezeichnet. Nach Mikulicz's Erfahrungen schützt die Braun'sche Enterostomose am besten gegen dieses Ereignis.

v. Beck (Karlsruhe) hat einen bei der 1. Operation der Gastroenterostomie verwendeten Murphyknopf bei einer 2. Operation wegen erneuter Beschwerden nach 3 Monaten in loco festhaftend gefunden. Der Knopf war zu klein gewesen. 14 Tage nach der 2. Operation (vordere Gastroenterostomie) ging der Knopf ab, und beide Gastroenterostomien funktioniren jetzt gut.

Krause (Altona) hat mit der Kappeler'schen Methode der Gastroenterostomie, welche die Spornbildung vermeiden will, in einem Falle schlechte Erfahrungen gemacht. Die Ursache findet K. in der Schlaffheit der Magenwandung, welche keine Kontraktionsfähigkeit mehr besitzt. Hiergegen hilft nur die Braun'sche Operation.

Herczel (Budapest) hat in etwa 40 Fällen die hintere Gastroenterostomie gemacht und niemals das Überfließen von Magensaft beobachtet. Eine Spornbildung könne auch beim Murphyknopf zu Stande kommen, besonders wenn man auf einer Seite Fixationsnähte angelegt hat. Ferner berichtet H. über einen Fall, wo $1^1/_2$ Jahr nach einer Laparotomie wegen Echinokokken eine Geschwulst in der linken Leistengegend auftrat. Eine Operation wurde verweigert. Erst 2 Jahre später, als Pat. Schüttelfröste und Ileuserscheinungen bekam, incidirte H. und kam in eine abgesackte Abscesshöhle, in welcher sich eine Schieberpincette und ein gangränöses Darmstück vorfanden. Nach Darmresektion erfolgte Heilung.

Franke (Braunschweig) glaubt, dass der Rückfluss von Darminhalt in den Magen bei Gastroenterostomie auch durch Drehung des Magens zu Stande kommen kann, wodurch die angelegte Öffnung verzogen wird.

Jaffé (Hamburg).

64) **E. Graser** (Erlangen). Das falsche Darmdivertikel.

G. hatte im Jahre 1898 eine Darmstenose an der Grenze zwischen Flexura sigmoidea und Rectum demonstrirt[1], welche durch die Entwicklung zahlreicher falscher Darmdivertikel zu Stande gekommen war. Ein Theil dieser Divertikel war an seinem Grund perforirt und hatte in dem lockeren Gewebe eine hochgradige Entzündung hervorgerufen, welche durch schwielige Induration und Narbenschrumpfung allmählich die Verengerung herbeiführte. So weit ließ sich gegen die Deutung des Falles nichts einwenden; unbeantwortet blieb jedoch die Frage nach der Entstehung dieser Divertikel. Seit der Veröffentlichung jenes Falles hat Vortr. sich ausgiebig mit dieser Frage beschäftigt und wenigstens eine Reihe von Thatsachen feststellen können, welche geeignet sind, Einiges zur Erklärung beizubringen; eine Verallgemeinerung dieser Befunde zur Erklärung anderer Divertikel liegt aber durchaus nicht in der Absicht. Früher hielt man falsche Darmdivertikel für seltene Gelegenheitsbefunde[2], welche berichtet wurden, ohne dass man über ihre Entstehung weiter nachforschte. In neuerer Zeit hat man wohl allgemein diese Befunde in größerer Anzahl konstatirt, nachdem erst die Aufmerksamkeit mehr darauf gerichtet war. Allein hinsichtlich der Ätiologie ist man nicht über Vermuthungen hinausgekommen; meist wurde das Hauptgewicht auf eine Drucksteigerung im Darminnern durch Kothstauung, Stuhlverhaltung u. dgl. gelegt.

Von einigen Autoren, so namentlich von Klebs, Hanau und Hansemann, war auch schon darauf hingewiesen, dass zahlreiche Divertikel im Dünndarm ihren Weg nach außen an solchen Stellen nehmen, an denen größere Gefäße die Darmwand durchsetzen. Hansemann war es auch gelungen, am Dünndarm älterer Personen Ausstülpungen der Schleimhaut in der Nähe des Mesenterialansatzes durch den Druck der Wasserleitung, den er auf das Darminnere einwirken ließ, hervorzurufen, welche entlang den die Darmwand durchsetzenden Gefäße zu Stande kam. Auch dem Vortr. war es bei der Untersuchung der ihm früher zugänglichen Fälle sofort in die Augen gefallen, dass die Schleimhautausstülpung auf ihrem Weg durch die Darmschichten immer von Gefäßen umgeben war, so dass man sich des Eindrucks nicht erwehren konnte, dass diese Gefäße zum mindesten den Wegweiser für den Durchtritt der Schleimhaut durch die übrigen Darmschichten abgeben.

Eine Erklärung des näheren Hergangs bei der Entstehung der Divertikel war dadurch allerdings noch nicht gewonnen. G. hat

[1] s. d. Centralblatt, Kongressbericht, 1898. p. 140.

[2] So schreibt z. B. M. Edel in Virchow's Archiv Bd. CXXXVIII p. 353: »Die Diverticula spuria sind im Allgemeinen eine seltene Erscheinung; dafür spricht außer den spärlichen Mittheilungen von derartigen Bildungen der Umstand, dass seit Jahrzehnten im I. anatomischen Institut zu Berlin kein, im pathologisch-anatomischen nur ein Fall zur Sektion gekommen ist«.

nun zahlreiche Darmtheile älterer Personen, welche an Kothstauung gelitten hatten, mikroskopisch untersucht, um event. in den Besitz von Anfangsstadien dieser Störung zu kommen, welche am besten eine Aufklärung geben könnten, hat aber lange Zeit ohne wesentlichen Erfolg gearbeitet. Trotzdem war diese Mühe in so fern nicht vergebens, als er mit der Zeit eine ausgiebige Detailkenntnis aller Verhältnisse am Darmrohr gewann, so dass er später auf den ersten Blick alle Abweichungen beurtheilen konnte. Da es nothwendig erschien, sich über die Gefäßverhältnisse noch eingehender zu orientiren, als es durch das Studium der anatomischen Lehrbücher möglich war, machte er an einer beliebigen ihm zur Verfügung gestellten Leiche einer 37jährigen Frau eine Injektion der Art. mesenterica inferior mit Karmingelatine, worauf die injicirten Darmtheile (Colon descendens, Flexura sigmoidea und Rectum) in 96%igem Alkohol gehärtet wurden. Bei der Zerlegung dieser Darmtheile in einzelne zur mikroskopischen Untersuchung geeignete Stücke beobachtete G. zu seiner nicht geringen Überraschung merkwürdige Unregelmäßigkeiten in dem gegenseitigen Verhalten der Darmschichten, welche auf glatten Schnitten an einem gut gehärteten Darm schon makroskopisch gut erkannt werden können; man unterscheidet leicht Mucosa, Submucosa, Ringmuskulatur, Längsmuskulatur, Subserosa und Serosa.

Der Darm war meist leer, die Muskulatur eher dicker als normal; von außen nichts Auffallendes zu beobachten.

An Längsschnitten parallel dem Mesenterialansatz sah man nun an zahlreichen Stellen die Ringmuskulatur unterbrochen und die Längsmuskulatur stark verdünnt; an diesen Stellen drang die Schleimhaut in die durch das Zurückweichen der Muskulatur entstandenen Lücken vorwärts, so dass man schon makroskopisch den Eindruck einer herniösen Ausstülpung der Schleimhaut durch die Darmmuskulatur gewinnen musste. Die in größter Spannung vorgenommene mikroskopische Untersuchung zeigte nun thatsächlich, dass es sich um eine sehr ausgebreitete Bildung kleinster falscher Darmdivertikel handelte, von denen man bei der Sektion des frischen aufgeschnittenen Darms ganz bestimmt nichts gesehen hätte.

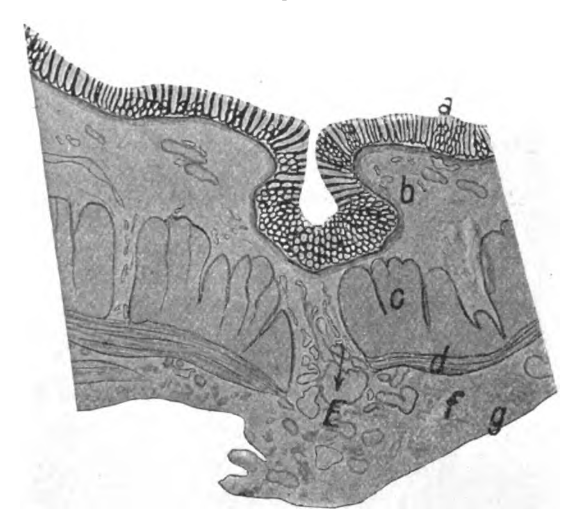
Die Ausstülpungen waren enorm zahlreich in der Flexura sigmoidea, nahmen aber nach oben und unten an Häufigkeit rasch ab, so dass sie schon im Colon transversum sich nicht mehr nachweisen ließen und auch im Dünndarm vollkommen fehlten.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte nun zur Evidenz, dass sämmtliche Ausstülpungen an solchen Stellen saßen, an denen größere Gefäße die Muskulatur durchbrachen.

Solche Lücken in der Muskulatur, welche von lockerem Bindegewebe und Gefäßen ausgefüllt sind, finden sich an jedem Darm in ziemlich regelmäßigen Abständen. G. fiel es aber sofort auf (nachdem er doch sehr zahlreiche normale Darmtheile untersucht hatte),

dass in diesem Falle die Gefäßlücken viel zahlreicher und viel größer waren, als er sie sonst gesehen hatte; sie waren zum Theil so groß, dass man sie auch bei makroskopischer Untersuchung eines frisch durchschnittenen Darms sofort mit bloßem Auge erkennen konnte. Es handelte sich also um eine Abnormität in den Gefäßverhältnissen dieses Darms. Erst jetzt erkundigte sich der Vortr. nach dem übrigen Obduktionsbefund bei der Pat., der ihm vorher an sich gleichgültig gewesen war. Es handelte sich um eine Pat., die seit mehreren Jahren an einem schweren Herzfehler (Insufficienz und Stenose der Mitralis) mit häufigen Kompen-

Fig. 1.



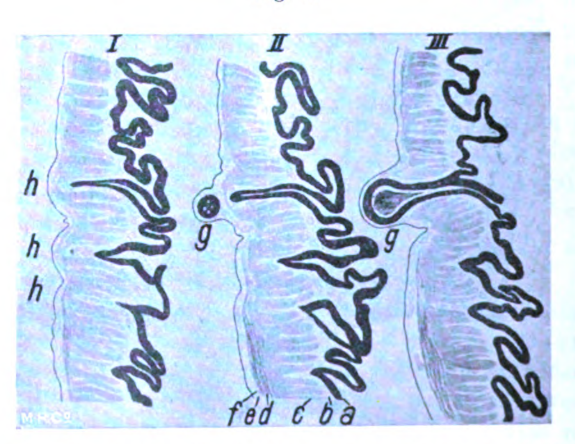
Auffallend große Durchtrittsstelle der Blutgefäße durch die Muskulatur (Emmissarium) mit beginnender herniöser Einsenkung der Schleimhaut.

a Mucosa. *b* Submucosa mit Blutgefäßen. *c* Ringmuskulatur. *d* Längsmuskulatur. *E* Emmissarium. *f* Subserosa. *g* Serosa.

sationsstörungen gelitten hatte und unter den Erscheinungen der Herzinsufficienz gestorben war. In den Unterleibsorganen fanden sich hochgradige Veränderungen von schwerer Stauung (Stauungsniere, Stauungsleber). Danach schien es unzweifelhaft, dass auch die abnorm großen und zahlreichen Lücken für durchtretende Gefäße als Folge einer hochgradigen Stauung im Gebiet der Mesenterialvene aufzufassen seien. Jetzt erst kam auch die Thatsache mit der richtigen Betonung zur Geltung, dass auch der Pat., von dem die Darmstenose mit den zahlreichen Darmdivertikeln herrührte, an einem schweren Herzfehler mit oftmaligen Kompensationsstörungen gelitten hatte. Auch bei diesem waren die Durchtrittsstellen für die Gefäße auffallend zahlreich und weit gewesen.

So schloss G. denn nun, dass durch die übermäßig großen Gefäßlücken die Darmwand an zahlreichen Stellen eine verminderte Widerstandsfähigkeit besitze; dieselbe muss um so mehr eine Nachgiebigkeit der Darmwand zur Folge haben, weil die Ausfüllung dieser Lücken in hohem Grade wechselt; bei sehr starker Stauung sind die Lücken strotzend gefüllt, um dann bei besserer Cirkulation wieder ganz schlaff zu werden. Um nun in solche nachgiebige Stellen die auf der Unterlage verschiebliche Schleimhaut hereinzudrängen, dazu bedarf es nach seiner Überzeugung keines besonders starken Druckes. G. hält es für nicht unwahrscheinlich, dass dazu schon eine gewisse Gasspannung genügt, welche ja gerade in der Flexura sigmoidea, in der doch der Koth meist einige Zeit liegen bleibt, wohl oft vorhanden ist. Dass ein stärkerer

Fig. 2.



Vordringen der Schleimhaut in die durch den Austritt von Gefäßen entstehenden Lücken zwischen den Muskelbündeln. Bei III kolbenförmiges Divertikel mit kothigem Inhalt.

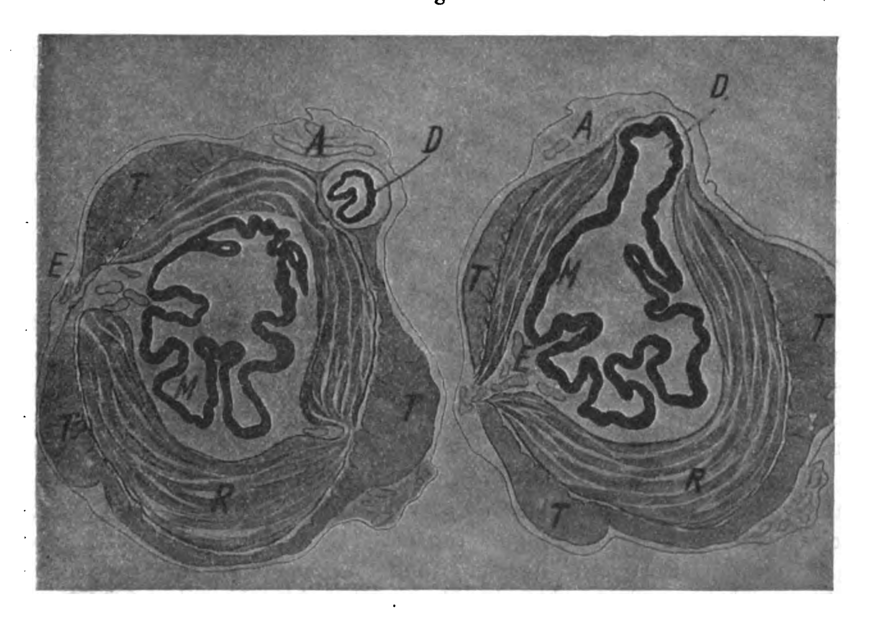
a Mucosa. *b* Submucosa mit Gefäßen. *c* Ringmuskulatur. *d* Längsmuskulatur. *e* Subserosa. *f* Serosa. *g* Divertikel. *h* Vordringen der Schleimhaut durch die Muskellücken.

Druck auf diese Ausstülpungen der Schleimhaut nicht eingewirkt hat, erkennt man vor Allem daran, dass die Schleimhaut absolut intakt ist, während in denjenigen Fällen, in welchen ein Druck durch feste Körper, z. B. verhärteten Koth, auf die Schleimhaut ausgeübt wurde, die Druckatrophie der Schleimhaut nicht lange auf sich warten lässt.

Der Weg ist genau vorgezeichnet; die abnorm zahlreichen und weiten Venen, umgeben von lockerem Bindegewebe, treten aus der Submucosa durch die Ringmuskulatur, verlaufen bisweilen eine Strecke weit zwischen der Ring- und Längsmuskulatur, um erst am Rand einer Tänie auch die Längsschicht zu durchbrechen und in

das subseröse Gewebe auszutreten. Eben so gehen auch die Divertikel oft auf recht gewundenen Wegen nach außen; sie drängen die Bündel der Ringmuskulatur aus einander und machen dann oft eine stärkere Biegung, um erst an einer entfernten Stelle auch die Längsmuskulatur zu durchsetzen; in dem lockeren subserösen Gewebe kommt dann nicht selten, da der Druck der Muskelschichten wegfällt, eine kolbige Anschwellung zu Stande, die man, wenn erst der Blick dafür geschärft ist, bisweilen auch bei der makroskopischen Besichtigung als kleine runde Köpfchen zu erkennen vermag. Ist erst einmal der Anfang zu einer Ausstülpung gemacht, so wird die weitere Vergrößerung leicht verständlich.


Fig. 3.



Querschnitte durch den ganzen Darm.

E Emmissarium. *D* Divertikel. *T* Taenia. *R* Ringmuskulatur. *A* Appendix epiploica. *M* Mucosa.

Größere Divertikel, die ohne Weiteres in die Augen fallen und auch bei einer gewöhnlichen Sektion nicht übersehen würden, hat G. in seinen Fällen nicht beobachtet.

War dieser Gedankengang richtig, so kann es sich nicht um ganz besonders seltene Fälle handeln, es muss vielmehr erwartet werden, dass solche Ausstülpungen sich ziemlich häufig in solchen Fällen finden, bei denen eine stärkere Stauung im Gebiet der unteren Mesenterialvene besteht.

Vortr. hat nun, unterstützt durch die Güte mehrerer Herren Prosektoren, namentlich des Herrn Dr. Thorel am Krankenhaus in Nürn-

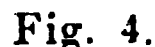
berg, in kurzer Zeit eine ziemlich große Anzahl von beweisenden Fällen gefunden. Unter 28 genauer mikroskopisch untersuchten Darmstücken hat er 10mal in mehr oder weniger ausgebildeter Weise diese multiple Divertikelbildung im Bereich der Flexura sigmoidea nachgewiesen. Es sind dies lauter Fälle, bei denen bei makroskopischer Untersuchung von einer Divertikelbildung nichts zu sehen war.

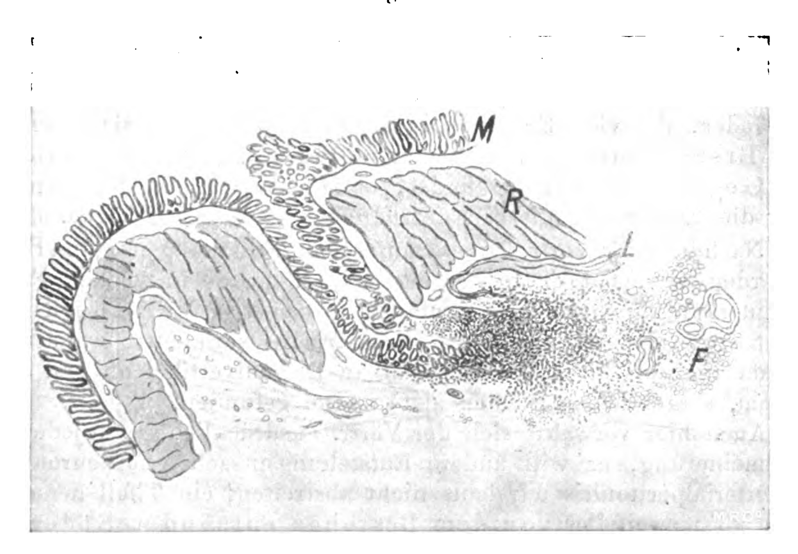
Eine konstante Veränderung bilden also auch bei der Stauung diese Ausstülpungen nicht, selbst wenn die Gefäßlücken abnorm groß sind; es gehören zur Divertikelbildung noch besondere treibende Kräfte.

Die Prädisposition besteht in der abnormen Weite und oftmals schwankenden Füllung der Gefäßlücken; sie ist durchaus nicht an das Bestehen eines Herzfehlers gebunden. Alles, was eine stärkere Stauung im Gebiet der unteren Mesenterialvene bewirkt, kann die Prädisposition herbeiführen; also zunächst zwar Erkrankungen des Herzens und der Lunge (besonders hochgradiges Emphysem), aber auch Störungen im Pfortaderkreislauf, Tumoren in den Abdominalorganen, ja auch chronische Obstipation. Die Vortreibung der Schleimhaut setzt einen gewissen Druck voraus, und erscheint es recht wohl erklärlich, dass dieser Druck hauptsächlich bei solchen Menschen die nöthige Höhe erreicht, welche an hartnäckiger Obstipation und an oft wiederkehrender Gasauftreibung des Dickdarms leiden. Dafür spricht auch der Umstand, dass diese besondere Art von Divertikeln vom Vortr. fast nur in der Flexura sigmoidea gefunden wurden, und dass man die Divertikel doch hauptsächlich bei alten Leuten trifft, bei denen die Darmmuskulatur erschlafft ist, und sich öfters Koprostasen entwickeln.

Wie die Verhältnisse dieser kleinsten Ausbuchtungen der Darmschleimhaut zu den sonstigen Darmdivertikeln sind, müssen erst zahlreiche weitere Untersuchungen lehren. Es ist wohl möglich, dass bei längerem Bestehen daraus auch umfangreichere Divertikelbildungen hervorgehen, aber der Vortr. lehnt jede Verallgemeinerung seiner Befunde für die Lehre der Darmdivertikel zunächst ab. Schon die Thatsache, dass er dieselben bisher fast ausschließlich in der Flexura sigmoidea gefunden hat, während doch auch in den anderen Darmtheilen Divertikel nicht so sehr selten beobachtet werden, spricht dafür, dass man es in denselben mit etwas Eigenartigem zu thun hat. G. sieht den Werth seiner Untersuchungen darin, dass es ihm gelungen ist, die allerersten Anfänge dieser Divertikelbildung in zahlreichen Einzelbeispielen aufzufinden und die Entstehungsgeschichte durch die verschiedensten Stadien zu verfolgen. Nur an diesen Anfangsstadien sind die Verhältnisse so einfach, dass man über die Entstehungsgeschichte einen Aufschluss erhält. An den größeren Divertikeln kann man den Entstehungsmodus eben so wenig erkennen, wie man an einem mannskopfgroßen Leistenbruch die Details der Bruchentstehung studiren kann.

Es ist recht wohl möglich, dass ein walnussgroßes Divertikel, welches die Darmmuskulatur an dem größten Theil seiner Oberfläche in ausgedehntem und verdünntem Zustand als Bedeckung hat, dennoch an einer kleinen Stelle sich zunächst einen Weg durch die Muskulatur hindurch gebahnt hatte und erst bei der weiteren Vergrößerung die Muskeln als Überzug mitgenommen hat. Dieselben Bilder in Bezug auf die Anordnung der Muskulatur, wie man sie bei den kleinen Divertikeln findet, sieht man auch an den Durchtrittsstellen größerer Gefäße durch die Darmwand. Auf manchen Schnitten sieht es aus, als ob die Muskelschichten durch die Gefäße ausgedehnt und verdünnt würden; mustert man aber eine längere Serie der Reihe nach durch, so findet man doch


Fig. 4.



Durchbruch eines Divertikels mit entzündlicher Infiltration des subserösen Gewebes. *M* Mucosa. *R* Ringmuskulatur. *L* Längsmuskulatur. *F* Fettgewebe.

den Punkt, an welchem die Muskelschichten einfach aus einander gedrängt sind und die Passage freilassen.

Damit ist aber das Interesse an diesen Divertikeln nicht erschöpft. Sehr häufig schließen sich an die Ausstülpung der Schleimhaut folgenschwere Komplikationen an, die auch für den praktischen Chirurgen von großer Bedeutung sind. Zunächst ist die Schleimhaut in denselben vollständig normal. Bei längerem Bestehen aber sieht man die tubulösen Drüsen ihr normales Verhalten verlieren. Sie werden niedriger, die Abstände zwischen den einzelnen Drüsenschläuchen werden größer, indem zwischen denselben eine kleinzellige Infiltration zu Stande kommt, endlich findet man nur noch vereinzelte, unregelmäßige, mit verkümmerten Epithelien ausgekleidete Gänge, und zuletzt ist von Drüsen gar

nichts mehr zu sehen, man findet nur eine mehrreihige Schicht von Bindegewebszellen. Ziemlich oft sieht man, wie eine kleinzellige Infiltration, ja sogar eine Eiterung in der Umgebung einer so veränderten ausgestülpten Schleimhaut Platz greift. Es kommt zur Geschwürsbildung und zum Durchbruch in die lockeren umgebenden Gewebsschichten. Dort entstehen Entzündungsherde, welche sich auf dem Wege der Lymphbahnen weiter verbreiten, so dass man in der Umgebung einer solchen Perforation oft zahlreiche kleine Entzündungsherde nachweisen kann. Da aber diese Entzündungsherde meist in fetthaltigem Gewebe liegen, kommt es nicht zu besonders stürmischen Entzündungserscheinungen, da ja das Fettgewebe zur Propagation wenig disponirt ist; aber die benachbarte Serosa wird doch in Mitleidenschaft gezogen; es entstehen schwielige Verdickungen, Auflagerung von Pseudomembranen und narbige Schrumpfung. Es kommt zur Bildung von Adhäsionen, wodurch der ganze Darm abnormerweise verzerrt und fixirt wird.

Jeder, der viele Sektionen gesehen hat, erinnert sich, wie oft man Erscheinungen von chronischer Peritonitis gerade in der Gegend der Flexur findet, ohne dass man in der Lage ist, über die Entstehung dieser Entzündungen etwas zu erfahren.

Nachdem der Vortr. einmal auf solche Beziehungen aufmerksam geworden war, hat er in der letzten Zeit gerade in solchen Fällen besonders nachgeforscht, in welchen derartige Veränderungen der Serosa in ausgesprochenem Maße vorhanden waren und in den meisten dieser Fälle perforirte Darmdivertikel oft erst nach langem, vergeblichem Suchen als Ursache gefunden.

Auch hier verwahrt sich der Vortr. ausdrücklich gegen jede Verallgemeinerung, er will andere Entstehungsursachen für chronische Mesenterialperitonitis durchaus nicht abstreiten; ein Theil derselben kann aber zweifellos von dem Bestehen entzündeter oder gar perforirter Ausbuchtungen der Darmschleimhaut abgeleitet werden. Zu welchen weiteren Störungen die Divertikel führen können, zeigt der Fall, in welchem die hochgradige Darmstenose durch die Divertikel herbeigeführt war.

Es giebt noch viel zu untersuchen, bis die ganzen Beziehungen im Detail klargelegt sind. Zum Schluss weist der Vortr. darauf hin, dass er diese Veränderungen bei der gewöhnlichen Untersuchungsmethode des Darms ganz gewiss nicht entdeckt hätte. Er hat sie nur aufgefunden, weil er zahlreiche Darmtheile mikroskopisch durchgemustert hat, um für einen konkreten Fall, der ihn intensiv beschäftigt hatte, eine Erklärung zu finden.

Zum besseren Verständnis sind einige Abbildungen beigefügt, welche nach Wandtafeln entworfen worden sind, die beim Kongress demonstrirt wurden, sie sind aber doch genau, da sie mit dem Skioptikon projicirt und nachgezeichnet sind. (Selbstbericht.)

---

65) **R. Gersuny** (Wien). Über eine typische peritoneale Adhäsion.

In 21 Fällen wurde bei der Laparotomie eine Pseudomembran beobachtet, welche an der Übergangsstelle des Colon descendens in die Flexur vom Darm quer nach außen zum Peritoneum parietale verlief und den Darm dort fixirte. Sie wurde immer erst sichtbar, wenn man den Darm medianwärts zu verziehen suchte.

Diese Fixation des Darms bestand in 4 Fällen von Volvulus der Flexur und schien die Entstehung des Volvulus dadurch zu begünstigen, dass sie die aus dem Colon descendens kommende Kothsäule in gerader Richtung nach abwärts dirigirte, wodurch eine Drehung der Flexur um 180°, wenn zugleich das Mesosigma lang war, begünstigt wurde.

Bei normal langem Mesocolon sigmoideum ist (wahrscheinlich) die Wirkung der »Flexuradhäsion« analog: der obere, centrale Schenkel der Flexur wird gerade nach abwärts ins kleine Becken gedrängt, die Flexur kann dadurch abgeknickt werden, das Mesosigma wird gedehnt und so langsam zum Volvulus vorbereitet. Die der Flexuradhäsion zugeschriebenen Krankheitserscheinungen sind Schmerzen links in der unteren Bauchgegend, die meist bei stärkeren Bewegungen des Körpers zunehmen; den Darmentleerungen gehen zuweilen heftige Kolikschmerzen voraus. Die Gegend der Flexuradhäsion liegt symmetrisch mit dem MacBurney'schen Punkt und ist sehr druckempfindlich, eben so wie die Gegend der Appendix; bei den Operationen wurde an diesem meist auch eine Adhäsion gefunden, überdies chronischer Katarrh und Hypertrophie.

Die Anamnese enthielt nur in 2 Fällen Angaben über eine vorausgegangene Skolikoiditis (Appendicitis), gewöhnlich gar keine Anhaltspunkte für ein ursächliches Leiden. Die Erkrankung betraf nur 3mal männliche, 18mal weibliche erwachsene Individuen, ein Verhältnis, welches mit den statistischen Angaben über die Häufigkeit der Appendicitis je nach dem Geschlecht nicht übereinstimmt. Nur in 7 Fällen bestanden gleichzeitig Veränderungen an den inneren weiblichen Genitalien.

Aus diesen Gründen ist die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass außer Entzündungsprocessen (besonders an der Appendix und am weiblichen Genitale) noch andere ursächliche Momente die »Flexuradhäsion« und die Appendixadhäsion bedingen können; namentlich wären hier Blutungen in den Peritonealsack (aus den Ovarien bei der Ovulation, aus den Tuben bei den Menses, dann in Folge von Traumen) in Betracht zu ziehen.

Man könnte sich vorstellen, dass Blut oder wenig reizende Entzündungsprodukte, die, im Peritonealsack durch die Bewegungen des Dünndarms zum Theil zu dünnen Schichten ausgestrichen, meist rascher Resorption verfallen, auch zum Theil nach beiden Seiten,

nach außen vom Colon descendens und in die Regio subcoecalis, geschoben werden, wo sie, den Dünndarmbewegungen entrückt, in dickerer Schicht liegen bleiben und allmählich durch Bindegewebe ersetzt, »organisirt« werden, wie Gefäßthromben.

Man könnte weiter annehmen, dass, wie die Flexuradhäsion, auch die Appendixadhäsion durch ihre Kürze Bewegungsstörungen verursache, und dass in manchen Fällen die Erkrankungen der Appendix erst in Folge der Adhäsionsbildung, also sekundär, zu Stande kommen.

Man kann wohl annehmen, dass die »Flexuradhäsion« häufig sei und nur desshalb bisher unbeachtet blieb, weil sie bei medianen Laparotomien nur dann entdeckt wird, wenn man speciell nach ihr sucht, außerdem weil sie bei vaginalen Adnexoperationen und bei Exstirpationen der Appendix von einem seitlichen Schnitt aus überhaupt nicht entdeckt werden kann, und weil ein Theil der Fälle nur als chronische Obstipation, als Enteroptose imponirt und desshalb nicht operativ behandelt wird. Die Operation der Flexuradhäsion besteht in querer Durchschneidung; danach wird die im Mesocolon meist entstehende Lücke vernäht. Natürlich ist auch sonst die Bauch- und Beckenhöhle genau zu untersuchen, besonders aber die Appendix zu beachten. Die Nachbehandlung soll den Darm mobilisiren durch Klysmen, Irrigationen, Bauchmassage.

Die Erfolge der Operation sind öfters unmittelbar befriedigend; zuweilen besteht ein Theil der Beschwerden weiter und erfordert noch eine Fortsetzung der angegebenen Nachbehandlung.

(Selbstbericht.)

---

66) Rehn (Frankfurt a/M.). Obturationsileus durch eine Mullkompresse.

Der Durchbruch einer im Abdomen zurückgelassenen Kompresse in den Darm ist wiederholt beschrieben und vielleicht noch öfters beobachtet worden. R. erinnert an die Mittheilung von Pilate, nach welcher sich bei einer Pat. $6^1/_2$ Monate nach der betreffenden Operation eine vergessene Kompresse mit dem Stuhl entleert hatte, und an den interessanten Fall von Michaux, wo 4 Wochen nach erfolgter Laparotomie eine neue Operation nöthig wurde, und dieselbe eine Jodoformgazekompresse zu Tage förderte, die in dem Innern einer unentwirrbar zusammengeknäuelten Dünndarmschlinge vorhanden war.

Diesen Fällen fügt R. einen neuen hinzu: Es handelt sich hierbei um eine Pat., die von ihm am 13. Oktober 1897 wegen Pyosalpinx und hieran sich anschließender diffuser Peritonitis operirt worden war. Die Narkose war damals so unruhig, dass der ganze Darm bei der Operation herausgepresst wurde; die Darmschlingen wurden durch Einhüllung in sterile Kochsalzkompressen geschützt; die mit dem Colon descendens fest verwachsene Pyosalpinx wurde in der Weise entfernt, dass ein Stück der Geschwulstwand an dem Darm belassen

wurde; nach Ausspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung wurde der Darm unter permanenter Berieselung mit Kochsalzlösung reponirt, Douglas tamponirt, Abdomen geschlossen.

Unter Bildung und rascher Rückbildung einer kleinen Kothfistel erfolgte die Heilung, so dass Pat. bereits am 9. December 1897 in vorzüglichem Befinden entlassen werden konnte.

Nachdem nun Pat. bis Mitte April 1898 vollständig beschwerdefrei gewesen war, bekommt sie plötzlich — vermeintlich im Anschluss an den Genuss von Rothkraut — einen anhaltenden, leisen Schmerz in der Magengegend; 2 Tage später gesellen sich Krampfanfälle hinzu, die — Anfangs seltener — schließlich in Pausen von 5 Minuten auftreten. Pat. tritt ins Hospital zum heiligen Geist ein; da aber angeblich ihrem Wunsch nach einer Operation nicht stattgegeben wird, kommt sie am 4. Mai 1898 ins städtische Krankenhaus. Die Untersuchung ergiebt einen quer durch das Epigastrium verlaufenden, druckempfindlichen Tumor von 10 cm Länge; derselbe macht die Erscheinungen eines Passagehindernisses im Darm; es werden Adhäsionen angenommen; Pat. genau beobachtet. Als schließlich 3 Tage lang kein Abgang von Stuhl oder Blähungen erfolgt, entschließt R. sich zur Operation, am 18. Mai 1898.

In Narkose wird der Tumor oberhalb der Coecalgegend gefühlt; nach Öffnung des Leibes gelingt es sofort, die geschwulstartige Darmschlinge hervorzuziehen; sie zeigt beginnende Gangrän; oberhalb sind die Darmschlingen gefüllt, unterhalb leer; Resektion von 40 cm Darm; cirkuläre Darmnaht. Die Untersuchung der Bauchhöhle ergiebt einzelne Netzadhäsionen älteren Datums ohne größere Bedeutung. Das herausgeschnittene Darmstück, ca. 40 cm lang, enthält eine fest zusammengedrehte Mullkompresse. — Heilung ohne Zwischenfall; Pat. ist jetzt blühend und gesund.

Von dem Michaux'schen Falle unterscheidet sich der vorliegende in zwei wesentlichen Punkten, einmal durch die so lange Zeit hindurch bestehende Symptomlosigkeit, dann aber — vor Allem — durch das Fehlen eines verwachsenen Darmknäuels, oder überhaupt aller größeren Adhäsionen. Letzterer Umstand ist so auffallend, dass bewährte Forscher, mit denen R. hierüber gesprochen hat, sich gegen die Annahme der Einwanderung einer bei der ersten Operation zurückgelassenen Kompresse geäußert und erklärt haben, die Kompresse müsse verschluckt worden sein. R. bezweifelt diese Möglichkeit und sieht gerade durch seinen Fall den Beweis dafür erbracht, dass die Einwanderung event. auch ohne auffällige Adhäsionen zu Stande kommen kann. Bezüglich der bei einer Darmeinwanderung sich abspielenden Vorgänge verweist R. auf die interessanten Versuche von Jalaguier und Mauclaire. — Wie übrigens ein späterer Vergleich ergeben hat, entspricht die vorgefundene Kompresse an Größe, Schnitt und Maschenweite genau den im R.'schen Operationssaal gebrauchten Mullkompressen. (Selbstbericht.)

67) **Rehn** (Frankfurt a/M.). Gallensteinileus.

An der Hand mehrerer eigener Beobachtungen bespricht Verf. die Entstehungsursachen des Gallensteinileus. In den Fällen, in denen der Gallenstein in einem absoluten Missverhältnis zum Darm steht, liegt der Vorgang klar vor Augen. Für alle die Fälle von Ileus aber, wo der Stein bei der Operation sich im Darm leicht hin- und herschieben lässt, genügt keine der bisherigen Erklärungen. Nach kritischer Besprechung der Theorien von König, Castner, Czerny und Leichtenstern, die alle, so sehr sie sonst differiren, den Ileus für einen mechanischen halten, kommt Verf. zu dem Resultat, dass diese Autoren bei dem einen oder anderen Falle Recht haben mögen, ohne dass ihren Erklärungsversuchen eine verallgemeinernde Bedeutung beigemessen werden darf. Vielmehr ist, wie Verf. schon auf dem Chirurgenkongress 1889 betont hat, auf ein ganz anderes ursächliches Moment zu rekurriren, auf das entzündliche. Und hierin begegnet sich des Verf. Anschauung mit der von Körte 1893 auf dem Chirurgenkongress geäußerten Auffassung. Körte nimmt an, dass ein im Darm befindlicher Gallenstein schon an sich die Passage der Ingesta erschwert. Treten oberhalb desselben Zersetzungen ein, so entstehen reflektorische Kontraktionen der Darmwand, die an der Stelle am heftigsten sein werden, wo das Konkrement die Schleimhaut berührt, wodurch dasselbe festgehalten wird. Diese von Körte als so wichtig erachteten Darmkontraktionen entstehen eben so wie die Darmlähmung, auf die Verf. vor 10 Jahren zuerst aufmerksam gemacht hat, auf gleicher Basis: beide beruhen auf einer entzündlichen Veränderung der Darmwand. Verf. stellt sich nun den Sachverhalt folgendermaßen vor: Der Gallenstein durchwandert den Darm außerordentlich langsam und findet dabei reichlich Gelegenheit, durch seine rauhe Oberfläche die Schleimhaut zu verletzen. Sobald aber einmal auf letzterer Ulcerationen vorhanden sind, gesellt sich in einem den Bakterien einen so günstigen Nährboden darbietenden Organ mit Leichtigkeit sekundär eine Infektion hinzu, wobei es unentschieden bleibt, ob dabei die Infektionserreger, die der Stein von der Gallenblase her an seiner Oberfläche mit sich führt, eine aktive Rolle spielen, oder ob die im Darm stets vorhandenen Mikroorganismen auf der ihrer natürlichen Schutzhülle beraubten Darmwandung ihre Thätigkeit entfalten. Ist der Process so weit vorgeschritten, so entsteht an der betr. Stelle eine circumscripte Peritonitis; in Folge der fehlenden Peristaltik bleibt der Stein an seiner Stelle liegen, ohne dass von einer »Einkeilung« die Rede ist. Sehr wesentlich ist es bei dieser Wanderung, ob der Calculus an irgend einer Stelle längere Zeit verweilt oder nicht. Im letzteren Falle kann er den Darmtractus ganz oder fast ganz symptomlos passiren, indem die von ihm verursachten leichten Schleimhautverletzungen wahrscheinlich schnell zur Heilung gelangen, wenn die betr. Schlinge sich bald ihres Gastes entledigen kann. Ganz anders liegen die Verhältnisse, wenn die Peristaltik nicht im Stande

ist, den Stein von einer Stelle fortzubewegen. Denn so wie er allzulange am gleichen Ort liegen bleibt, erfolgen reflektorische, durch den Fremdkörperreiz hervorgerufene, lebhafte Kontraktionen, die einen innigen Kontakt zwischen Calculus und Schleimhaut bewirken und daher die Entstehung von Läsionen auf letzterer begünstigen.

Für das Zustandekommen des Gallensteinileus auf entzündlichem Wege sprechen auch die Fälle, in denen nach Entfernung des Steins der Ileus in vollem Umfang fortbestand, ohne dass sich bei einer zweiten Operation oder bei der Sektion eine greifbare Ursache dafür auffinden ließ. Auch spricht zu Gunsten dieser Anschauung der Umstand, dass wiederholt Gallensteine in Darmdivertikeln gefunden wurden, die als Endprodukte einer langsam verlaufenen Entzündung der Darmwand aufzufassen sein dürften, und dass die Konkremente bei längerem Verweilen an derselben Stelle sogar eine Darmperforation hervorrufen können, ohne dass auch nur im entferntesten eine »Einkeilung« vorliegt.

Die vom Verf. vertretene Ansicht gipfelt in dem Satz: In allen Fällen von Gallensteinileus, wo der Stein nicht in Folge seines Umfangs ein direktes Passagehindernis abgiebt, ist die Ursache des Ileus nicht eine mechanische, sondern eine entzündliche.

Als Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung führt Verf. einige Fälle aus der Litteratur und mehrere eigene Beobachtungen an, in denen der Stein lose im Darm lag. In einem derselben riefen zwei ganz lose im Darm liegende Gallensteine eine Perforation hervor; in einem anderen Falle bestand nach glücklicher Extraktion des Steins der Ileus fort, hörte aber sogleich auf, nachdem bei einer zweiten Operation, bei der sich übrigens kein Passagehindernis fand, die paralytische Darmschlinge, in der zuvor der Stein gesessen hatte, durch Enteroanastomose ausgeschaltet war. Es würde zu weit führen, auf alle Details der vom Verf. erwähnten eigenen Beobachtungen in diesem Referat näher einzugehen.

Zum Schluss bespricht Verf. noch kurz die Therapie des Darmverschlusses durch Gallensteine und präcisirt seinen Standpunkt etwa folgendermaßen: Es ist nicht richtig, für den Gallensteinileus besondere Indikationen für die Operation aufzustellen, weil die Statistik ergiebt, dass 44—56% aller Fälle spontan heilen und einige sehr schwere Fälle auch ohne operativen Eingriff zur Heilung gekommen sind. Vielmehr ist die Frage, ob und wann eine Operation angezeigt ist, nach denselben Grundsätzen zu entscheiden, die bei jedem anderen Ileus allgemein anerkannt sind. Im Übrigen hat diese Frage ein mehr theoretisches Interesse, da wir wohl nie in der Lage sind, die Diagnose auf Darmverschluss durch Gallensteine mit Sicherheit zu stellen. Jedenfalls sollte das Vorkommen von Gallensteinileus dazu mahnen, die Steine dort rechtzeitig zu entfernen, wo sie auf relativ gefahrlose Weise zu entfernen sind, nämlich aus der Gallenblase.

O. Rothschild (Frankfurt a/M.)

Diskussion.

Körte (Berlin) verfügt über 7 Operationen wegen Gallenstein-Darmverschluss (5 geheilt und 2 gestorben). Die Diagnose auf diese Art der Darmobstruktion ist nur in den seltensten Fällen mit Sicherheit zu stellen. Redner hat einmal mit Wahrscheinlichkeit Gallensteinileus diagnosticirt. Mehrfach waren die Symptome sehr akute, so dass an innere Einklemmung gedacht werden musste. Auch in den Fällen von Darmverschluss, wo an Gallenstein gedacht werden kann, ist längeres Abwarten nicht räthlich, einmal weil die Diagnose unsicher ist, und dann, weil der Stein bei längerem Verweilen die Darmwand perforiren kann. Als Grund der Einklemmung wird entzündliche Reizung der Darmwand angenommen. (Selbstbericht.)

---

68) **Prutz** (Königsberg). Mittheilungen über Ileus.

Die von Kocher als »Dehnungsgeschwüre« beschriebenen Ulcerationen des Darms oberhalb von Verschlüssen sind in der Königsberger Klinik 3mal bei Sektionen gesehen, ein 4. Mal bei der Operation gefunden. 2 Kranke starben an der Perforation solcher Geschwüre. Diese ist ihr erstes Symptom. Die manchmal große räumliche Entfernung zwischen Verschluss und Perforation erschwert die Auffindung. — Die histologische Untersuchung eines operativ entfernten Darmstücks mit multiplen perforirten Geschwüren ergab venöse Hyperämie und Venenthrombosen, kapilläre Blutungen bis zu dichtester hämorrhagischer Infiltration der Submucosa, Mucosa und Subserosa, weniger der Muscularis, mit von der freien Schleimhautoberfläche in die Tiefe gehender Nekrose in der Mitte der stärker infarcirten Stellen.

Am ersten sind die Geschwüre wohl den sogenannten thrombotischen Darmgeschwüren zuzurechnen. Dekubitale oder mykotische sind sie wohl nicht.

Dass einmal bei Verengerung (nicht Verschluss) des Colons zahlreiche perforirende Geschwüre oberhalb auftraten, ließ nach Momenten suchen, die den Process fördern können. Im betreffenden Falle fanden sich Venenveränderungen (alte organisirte Thromben, Endothelwucherungen, auch Zerfall der elastischen Elemente), die geeignet scheinen, bei Bestehen der Stauung die Thrombose zu fördern. Denkbar ist weiterhin Kombination von Dehnung des Darms durch Verschluss mit tuberkulösen, eventuell gummösen Geschwüren, auch Unterstützung der Geschwürsbildung durch Giftwirkung (Kalomel bei Ileus!).

Bezüglich der übrigen Mittheilungen zum Thema wird auf das Protokoll verwiesen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

v. Beck. Im Anschluss hieran berichtet v. B. über einen Fall von Ileus, als dessen Ursache sich ein im Mastdarm befindliches Trinkglas aufwies. Dasselbe war dorthin gelangt, indem Pat. auf das Glas,

welches auf einem Stuhl stand, gefallen war. Nach Extraktion des Fremdkörpers erfolgte Heilung.

Kader (Breslau) berichtet über einen Fall, wo nach einer Adnexoperation später Ileuserscheinungen auftraten und aus dem Mastdarm eine Mullkompresse, wie sie bei der Operation benutzt worden war, extrahirt wurde. Dieselbe kann nur durch Einwanderung aus der Bauchhöhle in den Darm gelangt sein. Bei der Sektion der an Peritonitis verstorbenen Pat. fand sich eine strahlige Narbe im Darm. Dieser Fall veranlasste K. zu Thierversuchen, in denen er mit Gummiringen, die um den Darm gelegt wurden, künstlichen Ileus erzeugte. Die Ringe fanden sich zuweilen später im Darm wieder. Um das Vergessen von Kompressen in der Bauchhöhle zu vermeiden, empfiehlt K., nach Mikulicz, jedes Tuch mit einem langen Faden zu versehen, an dessen Ende sich eine dicke Perle befindet.

Hadlich (Kassel) berichtet über einen Fall, wo wegen Ileus ein künstlicher After angelegt war. Bei der später wieder nothwendig gewordenen Laparotomie fand sich kein Hindernis, so dass die Operation unterbrochen werden musste. Als dann eine 3. Laparotomie nöthig wurde, fand H. eine völlige Durchtrennung des Darms; oberes und unteres Darmende waren obliterirt. Durch Vernähung der angefrischten Darmenden erfolgte Heilung. Die Durchtrennung des Darms muss sich spontan in der Bauchöhle herausgebildet haben. Vielleicht kam es im Anschluss an Appendicitis zu Adhäsionen, unter denen eine Darmschlinge sich einklemmte; kurz vor der 1. Operation muss es zu beginnender Gangrän gekommen sein, die nach der Operation zu völliger Unterbrechung des Darmrohrs führte.

---

69) **W. Körte** (Berlin). Demonstration eines Präparats von Achsendrehung des Ileums und Coecums.

Ein $1^3/_4$jähriges Kind weiblichen Geschlechts erkrankte am 4. Februar 1899 unter Erscheinungen des Darmverschlusses, und wurde am 9. Februar 1899 ins Krankenhaus am Urban gebracht. Daselbst wurde unter der Diagnose: »Invagination« die Laparotomie gemacht. Es fand sich der größte Theil des Ileums, des Coecums und der untere Theil des Colon ascendens rechts spiralig um die Achse des Mesenterium gedreht. Detorsion. Am Colon ascendens eine gangränöse Schnürfurche, excidirt, vernäht. Tod 12 Stunden p. operat. Bei der Sektion fand sich ein Mesenterium ileocoecale commune. Das Mesenterium des Dünndarms trat unter dem Mesocolon transversum hervor, hatte weiter abwärts keine Anhaftung an der hinteren Bauchwand. Das Coecum und Colon ascendens besaßen ebenfalls ein kontinuirlich aus dem Dünndarmmesenterium hervorragendes, freies Mesenterium. In Folge dieser Hemmungs-

bildung des Mesenteriums war die Achsendrehung des Darms ermöglicht. (Selbstbericht.)

70) **Freiherr v. Eiselsberg** (Königsberg i/Pr.). Zur Frage der Dauerheilung nach totaler Darmausschaltung.

Das ausgeschaltete Darmstück kann im späteren Verlauf für den Träger gefährlich werden durch abnorme Sekretion oder durch Verwachsung mit den normalen Därmen. Es ist daher die Beobachtung der Pat. längere Zeit nach der Operation von besonderem Interesse.

Der vorgestellte 24jährige Mann erkrankte im Mai 1897 an Symptomen von Perityphlitis. Der Arzt incidirte, worauf sich Eiter und jauchige Massen entleerten. Drainage, nach 14 Tagen Kothfistel, nach weiteren 2 Wochen totaler Anus praeternaturalis coecalis. In diesem Zustande Aufnahme in die Klinik. Es fand sich ein totaler Anus praeternaturalis (keine Winde passirten den Mastdarm).

16. Juni 1897 1. Operation Zwecks Heilung der Kothfistel. Tamponade. Schnitt im Gesunden. Coecum und eine Reihe von Dünndarmschlingen in die Schwiele aufgegangen. Es finden sich kleine Abscessreste zwischen den Darmschlingen. Endlich gelangt man auf freien Dünndarm und das freie Colon transversum. Doch gelingt die Orientirung nicht mit Sicherheit, welches das zu- und welches das abführende Dünndarmende ist, wesshalb die laterale Ileokolostomie (partielle Darmausschaltung) ausgeführt wird. Besserung, doch keine Heilung des Anus, aus dem eine sehr stark secernirende Kothfistel wurde.

7 Wochen nachher totale Darmausschaltung. Bei der Laparotomie fällt man sofort auf die Ileokolostomiestelle. Eine Exstirpation ist wegen vieler Verwachsungen ganz unmöglich, daher wird die Abtrennung des Colon transv. proximalwärts und des Ileum distalwärts von der Ileokolostomie vorgenommen und die 4 Lumina (jedes für sich) wurstartig abgenäht. Ein Herausnähen des distalen oder proximalen Schnittendes der ausgeschalteten Partie war nicht nöthig, da die große coecale Kothfistel für den Abfluss des Kothes aus dem ausgeschalteten Stück sorgte. Tamponade. Erst etwas stürmische Reaktion; nach Entfernung des Tampons verschwand dieselbe und erfolgte glatte Heilung.

Nach 6 Wochen wurde nur mehr wenig klarer Schleim aus der Fistel secernirt.

Das Gewicht des Pat. $1^3/_4$ Jahr nach der Darmausschaltung ist dasselbe wie vor der Krankheit; er ist Leiter eines Kolonialwaarengeschäfts und kann seinem Beruf vollkommen nachkommen. Stuhlgang erfolgt regelmäßig, 2mal täglich. Der Pat. klagt nur etwas über Brustbeschwerden. Die Untersuchung ergiebt eine Kaverne in der rechten Lungenspitze. Aus der kaum stecknadelkopfgroßen Fistel entleeren sich innerhalb 24 Stunden nur wenig Tropfen einer klaren Flüssigkeit, und behauptet der Kranke, davon gar nicht belästigt zu

sein. Die Stelle des Anus coecalis ist im Übrigen ganz vernarbt, ihr entsprechend findet sich ein ovaler über thalergroßer Bauchbruch. Inspicirt man denselben, so fühlt man in der That, entsprechend dem ausgeschalteten Coecum, eine harte Resistenz. Keinerlei Druckempfindlichkeit.

In dem untersten Winkel der Laparotomienarbe findet sich eine für eine Zeigefingerkuppe durchgängige Bruchpforte. Es sind also hier das unterste Ileum, das Coecum und die Flexura hepatica ausgeschaltet.

Der durch den Lungenbefund nahe gelegten Vermuthung, dass es sich um einen tuberkulösen Process im Coecum gehandelt habe, bezw. jetzt handle (welche durch die Resistenz der Coecalgegend nur wahrscheinlich gemacht wird), widerspricht der nahezu gänzliche Mangel der Sekretion. (Selbstbericht.)

71) **Kümmell** (Hamburg). Über Resektion des Colon descendens und Einnähen des Colon transversum in den Analring.

Es kommen pathologische Veränderungen des Dickdarms vor, welche sich vom Anus bis hoch hinauf in das Colon descendens erstrecken, Erkrankungen, zu deren Heilung die bisherigen Methoden, welche einen gesunden unteren Darmtheil voraussetzen, nicht angewandt werden können, und welche nur durch die Beseitigung der gesammten erkrankten Darmpartie zur Heilung gebracht werden können.

K. hatte, wie auch Andere, mehrfach zu beobachten Gelegenheit, dass bei ausgedehnten Resektionen des Rectums und des unteren Theils des S romanum, auch wenn keine Spannung des peripheren herabgeholten Darmtheils vorhanden war, in einzelnen Fällen Gangrän mit ihren Folgen eintrat, in anderen jedoch Heilung erfolgte; jedenfalls erwiesen sich die ausgedehnten Resektionen des Rectums und der unteren Partien des S romanum als ein mit Gefahren verknüpfter und in seinen Konsequenzen unberechenbarer Eingriff. Eine noch höher hinaufreichende Resektion des Darms, welche sich auf das Colon descendens erstreckt, musste daher von vorn herein wegen der zu befürchtenden ungünstigen Ernährungsverhältnisse des Darms als noch gefährlicher erscheinen.

K. konnte sich indess vom Gegentheil überzeugen, indem es ihm gelang, in 2 Fällen sehr ausgedehnte Resektionen von etwa dem halben Dickdarm, Entfernung des Rectums, des S romanum und des gesammten Colon descendens erfolgreich vorzunehmen.

In dem 1. Falle handelte es sich um ein ca. 25jähriges, tuberkulös belastetes Mädchen, bei welchem anderweitig wegen tuberkulöser Zerstörung des Rectums eine Exstirpation desselben vorgenommen war. Es bestand vollständige Inkontinenz, und wurde Pat. zur Beseitigung dieser und der das Rectum umgebenden tuberkulösen

Fisteln im Laufe von 1/2 Jahr mehrfachen operativen Eingriffen unterzogen, ohne Erfolg zu erzielen.

Um eine radikale Heilung anzustreben, wurde die Laparotomie gemacht, das Mesenterium des Rectums, S romanum und des Colon descendens gelöst und letzteres zwischen oberem und mitterem Drittel, nachdem es um 100° gedreht war, in den Analring eingenäht. Pat. überstand den Eingriff und führt etwa jetzt nach 2 Jahren ein erträgliches Dasein; leidet jedoch unter den Erscheinungen einer Bauchfelltuberkulose, welche auch einen operativen Eingriff nothwendig machte, durch zuweilen auftretende kolikartige Schmerzen u. Ä.

Günstiger, schon durch die Natur des Leidens bedingt, und mit voller Funktionsfähigkeit ist der 2. Fall verlaufen. Es handelte sich um eine 53jährige Pat., welcher vor 7 Jahren wegen eines angenommenen inoperablen Mastdarmcarcinoms ein Anus praeternat. angelegt war; derselbe war im Laufe der Zeit sehr eng geworden und verursachte der Pat. oft sehr viel Beschwerden bei der Stuhlentleerung, so dass sie dringend nach Abhilfe verlangte. Es zeigte sich bei der näheren Untersuchung, dass es sich um eine luetische Rectalerkrankung handelte, welche zu einer kompleten Obliteration des Rectums geführt hatte. Der Versuch, das Rectum von unten zu exstirpiren, misslang; es ergab sich, dass der ganze Darmtheil bis zum Anus praeternaturalis in einen Darmstrang ohne Lumen verwandelt war. Es wurde zur Laparotomie geschritten, das ganze Colon descendens vom Mesocolon abgelöst und dasselbe nach Abtrennung an der Übergangsstelle zum Colon transversum in den Analring eingenäht. Der ulcerative Process reichte noch über den Anus praeternat. hinaus, und erst am Colon transversum war gesunde Schleimhaut vorhanden. Der obliterirte Darmtheil wurde in der Bauchhöhle gelassen. Der in den Analring eingenähte Endtheil des Colon transversum war um 180° gedreht. Pat. überstand den Eingriff sehr gut und vermochte den Stuhlgang zu halten, als durch Anlöthung einer Dünndarmschlinge in das kleine Becken ein akuter Ileus eintrat; derselbe wurde durch Laparotomie beseitigt, und Pat. geheilt mit funktionsfähigem Anus nach einiger Zeit entlassen.

Interessant an den beiden Fällen ist einmal der Umstand, dass es möglich ist, große Partien, fast die Hälfte des Dickdarms, erfolgreich zu entfernen, und dass andererseits große Strecken der höheren Dickdarmpartien von ihrem Mesenterium befreit werden können, ohne dass Gangrän eintritt, während bei höher hinauf reichenden Rectumresektionen die Gefahr der Cirkulations- und Ernährungsstörung eine sehr große ist. K. findet die Ursache dafür in der eigenartigen Gefäßanordnung des Dickdarms. Während Rectum und S romanum durch die Ausläufer der Arteria mesent. inf. versorgt werden, welche sich direkt fächerförmig in die Darmwand verbreitet, ist das Colon descendens durch die Arteria colica sin. versorgt, welche reichliche Anastomosen mit der Art. mesent. superior eingeht. Am Rande des Colon transversum und descendens zieht sich ein kräftiges

Gefäß hin, welches nach der Durchschneidung der Art. colica für genügende Ernährung des Darms sorgt, während nach Ablösung des Mesenteriums vom Rectum und der Flexur der einzige zuführende Gefäßstamm, die Art. mesent. inf., außer Funktion gesetzt wird, und sich keine genügenden Kollateralbahnen bilden können. Die ungünstigen Verhältnisse der Gefäßversorgung des Rectums und der Flexura sigmoidea beruhen nach K.'s Ansicht auf dem fehlenden Randgefäß, welches erst im Colon descendens beginnt und die genügende Ernährung dieses und der höheren Dickdarmtheile ermöglicht. Nothwendig ist, bei der Loslösung des Mesenteriums mindestens 1 cm vom Darm entfernt zu bleiben, um die Randarterie nicht zu verletzen. K. räth, bei höher hinauf reichenden Resektionen vom Rectum und S romanum, bei denen eine weite Ablösung des Mesenteriums nothwendig ist, eventuell die Resektion im Colon descendens vorzunehmen, um in gut ernährte und überall wohlversorgte Darmtheile zu gelangen. (Selbstbericht.)

---

72) **K. Ludloff** (Königsberg). Zur Pathogenese und Therapie des Mastdarmvorfalls.

Die Ansichten über die Entstehung des Mastdarmvorfalls sind durchaus noch nicht vollständig geklärt. Es besteht eine Kontroverse zwischen der älteren allgemein verbreiteten Ansicht, wie sie in v. Esmarch's »Krankheiten des Mastdarms und des Anus« niedergelegt sind, und einer neueren hauptsächlich von Jeanell vertretenen. Die frühere Auffassung lässt den Mastdarmvorfall durch Lockerung der unteren Befestigungsmittel und durch Zug von unten her aus einem vorhergegangenen Prolapsus ani entstehen, die neuere durch Lockerung der oberen Befestigungsmittel. Die erstere legt großen Werth auf den vorhergegangenen Darmkatarrh, die letztere auf die Obstipation. Nach der älteren Ansicht entsteht die Hydrocele sekundär bei länger bestehenden großen Mastdarmvorfällen.

Die neuesten Untersuchungsergebnisse Waldeyer's in seiner Beckenanatomie ergeben andere Gesichtspunkte, die von wesentlicher Bedeutung für die Auffassung der Pathogenese sind und somit auch die Behandlung beeinflussen müssen. Danach ist der Mastdarmvorfall in erster Linie als Hernia perinealis aufzufassen. Die pathologisch veränderte und erweiterte Excavatio rectovesicalis resp. rectouterina ist die eigentliche Ursprungsstätte des Mastdarmvorfalls.

Schon beim normalen Individuum wird an dieser Stelle bei jedesmaliger Anwendung der Bauchpresse die Peritonealblase, die hier ohne widerstandsfähigere Unterlage frei vom Promontorium schräg zum Blasenfundus herabzieht, nach hinten und unten vorgetrieben. Beim normalen Individuum werden diese Exkursionen aber durch verschiedene Hemmungsvorrichtungen in physiologischen Grenzen gehalten. Als Hemmungsvorrichtungen müssen wir Folgendes ansehen:

1) Das hinter dem Peritonealsack schräg über dem Diaphragma pelvis herabziehende Rectum ist nicht bloß ein häutiger Schlauch, sondern ein muskulöses Rohr, das sich durch Kontraktion versteift und so die Excavatio rectovesicalis von unten stützt. Die Kontraktion der Rectaldarmmuskulatur fällt gerade mit der Bauchpresse zusammen.

2) Die perirectalen Zwischenräume sind bei normalen Individuen mit reichlichem Fettgewebe ausgepolstert.

3) Das normale Peritoneum selbst besitzt eine große Straffheit, die allzugroße Exkursionen verhindert.

Bei Prolapskranken nun fehlen diese Hemmungsvorrichtungen oder sind mehr oder weniger unwirksam geworden. Aus 111 Krankengeschichten, von denen 10 der Königsberger chirurgischen Klinik, 101 der Litteratur entnommen sind, geht deutlich hervor, dass die Darmmuskulatur des Rectums paretisch war entweder in Folge von langdauernder Obstipation bei Erwachsenen oder chronischer Diarrhöe bei Kindern; dass alle Individuen mehr oder weniger sehr mager waren; dass auch andere bestehende Hernien und bei multiparen Frauen bestehende Bauchbrüche und Diastasen der Recti auf ein weniger straffes Peritoneum hindeuten. Ferner gehören alle fast den schwer arbeitenden Klassen an.

Bei diesen Vorbedingungen ist es leicht einzusehen, dass durch die häufig und stärker angewandte Bauchpresse bei der schweren Arbeit, bei der Obstipation, bei zahlreichen Geburten etc. der Peritonealsack der Excavatio rectovesicalis mehr als normal nach hinten unten vorgetrieben wird. Da die paretische Darmmuskulatur des Rectums keinen genügenden Widerstand bieten kann, und der Stuhl meistens im Hocken verrichtet wird, lagern sich in diesen Sack Darmschlingen hinein und erweitern ihn mehr und mehr. Es wird dadurch die Verbindung des Rectums mit der Prostata gelockert, die zum Bruchsack vertiefte Excavatio rectovesicalis stülpt die Vorderwand des Rectums vor sich her. Diese Einstülpung der vorderen Rectalwand geht um so leichter vor sich, weil gerade in der Höhe der Prostata die mittlere Plica transversalis weit in die Ampulla recti vorspringt. Wie bei der Invaginatio ileocoecalis die Valvula Bauhini in das weite Colon vorwandert, so wird hier die Plica transversalis in die weite Ampulla hinabgedrängt. Schließlich wird die ganze Ampulle durch den Druck der Bauchpresse evertirt, besonders da die hinteren Befestigungen des Rectums äußerst lockere sind und schließlich erscheint die evertirte Ampulle als Prolapsus ani et recti vor dem Anus.

So kommt die charakteristische Gestalt dieses Vorfalls zu Stande; stumpfkegelförmig, von bestimmter Länge, querovalem Lumen (die Plica transversalis bildet stets den untersten Pol des Prolapses), in der Vorderlippe stets eine Hedrocele mit oder ohne Darmschlingen.

Es entsteht also erst die Hernia perinealis interna, sekundär der Prolapsus recti und ani et recti. Diese Hernie unterscheidet sich

von anderen Hernien dadurch, dass die Hinterwand des Bruchsacks theilweise vom Rectum gebildet wird.

Somit sind Prolapsus recti und Prolapsus ani et recti verschiedene Entwicklungsstufen desselben Leidens und unterscheiden sich in jeder Beziehung scharf vom Prolapsus ani und vom Prolapsus coli invaginati.

Bei der Behandlung des Mastdarmvorfalls hat diese Hernien-natur noch nicht die genügende Berücksichtigung erfahren, und aus diesem Grunde sind die vielen Misserfolge und Recidive zu erklären.

Die verschiedenen Behandlungsmethoden können wir in 5 verschiedene Gruppen eintheilen.

1) Die Resektion nach Mikulicz und die ihr verwandten Methoden.

2) Die Methoden, die den unteren Theil des Rectums in Angriff nehmen, die Drehung nach Gersuny, die Silberdrahtmethode nach Thiersch, die Rectopexie nach Verneuil.

3) Die Kauterisation.

4) Die Kolopexie nach Jeanell-Bogdanik.

5) Die Thure Brandt'sche Massage und der Galvanismus.

Wir wollen uns hier hauptsächlich auf die Erfahrungen beschränken, die in der Königsberger kgl. chirurg. Klinik unter Prof. v. Eiselsberg mit den einzelnen Methoden gemacht worden sind.

Die Resektion nach Mikulicz wurde 7mal ausgeführt. Davon 6mal Heilung (darunter allerdings Störungen im Wundverlauf, Temperatursteigerungen, 1mal partielles Aufgehen der Naht) mit leichterer Strikturbildung und 1 Recidiv. Dieser Fall von Recidiv ist so charakteristisch, dass er die ganze Methode beleuchtet.

Es handelt sich um eine 40jährige Kaufmannsfrau, die seit ca. 10 Jahren an einem Prolapsus ani et recti litt. Derselbe wurde resecirt. Der Wundverlauf war glatt und ungestört. Pat. wurde geheilt entlassen. Nach ca. Jahresfrist, während welcher Zeit es der Pat. gut ging, acquirirte Pat. eine schwere Bronchitis. Schon bei den ersten Hustenanfällen bemerkte sie, dass in ihrem After etwas Ungewöhnliches vorging. Plötzlich bei einem sehr heftigen Hustenanfall trat der Mastdarm wieder heraus, und jetzt leidet sie an einem ähnlichen Vorfall wie bei der Aufnahme.

Man muss sich wundern, dass nicht schon öfters derartige Recidive berichtet worden sind; denn nach der Operation bleibt der eigentliche Locus minoris resistentiae bestehen. Der Bruchsack ist nur verkleinert, aber die Hernie liegt jetzt dicht am Afterrande, da wo das resecirte Darmende an den Analrand angenäht ist, während unter normalen Verhältnissen die Excavatio rectovesicalis hoch über dem After liegt, durch festes Zwischengewebe genügend geschützt. Es braucht nur eine genügende Gelegenheitsursache einzutreten, die Hernie vergrößert sich wieder und stülpt die Vorderwand der jetzt hier unten angenähten Flexur vor sich her, wenn nicht überhaupt

an der Nahtstelle zwischen After und Darm die Narbe zerreißt, wie es in dem bekannten Falle von Nélaton und Perier geschah.

Es lag nahe, dass man sich nach anderen Operationsmethoden umsah, besonders da die Resektion eine schwierige und nicht ungefährliche Operationsmethode ist.

Doch die Drehung nach Gersuny, die Silberdrahtmethode und die Rectopexie liefern in Folge der Vernachlässigung der oben angeführten Hernienverhältnisse eben so ungünstige Resultate. Eine unserer Pat. bekam 3 Wochen nach Ausführung der Gersuny'schen Drehung ein vollkommenes Recidiv. Von den in der Litteratur angeführten Fällen von Rectopexie trat bei der Hälfte derselben nach kurzer Zeit ein Recidiv auf. Daher konnten wir uns eben so wenig zur Rectopexie wie zur Silberdrahtmethode entschließen.

Eher gerecht diesen eigenartigen Hernienverhältnissen wird die Kolopexie, wie sie Jeanell angeregt, Bogdanik aber wesentlich verbessert hat. Wir haben mit der Kolopexie einen Fall vorläufig zur Heilung gebracht. Nach mehreren Wochen post operationem traten Stenosenerscheinungen bei der Pat. auf, die erst auf Knickung an der Nahtstelle zurückgeführt wurden, sich aber als durch eine Striktur im Rectum an Stelle der Plica transversalis herausstellten. Nach Dilatation der Striktur durch Bougies verschwanden die Stenosenerscheinungen. Man kann annehmen, dass der oben fest verankerte Mastdarm die Peritonealtasche vor dem Heruntergleiten schützt und stützt; aber es muss erst noch experimentell nachgewiesen werden, ob der Darm oben überhaupt fixirt bleibt, und ob nicht im Falle der Fixation Stenosenerscheinungen auftreten. An operirten Hunden haben wir während 4 Monaten keine Stenosenerscheinungen beobachtet, auch keine Dilatation oberhalb der Nahtstelle, wohl aber bei der Sektion den Darm bedeutend gelockert gefunden. (Diese Versuche werden fortgesetzt.)

Bei zwei weiteren Fällen haben wir Versuche mit der Thure Brandt'schen Massage gemacht, angeregt durch die Erfolge von Kumpf und Czillag. Der Erfolg war auch bei uns überraschend. Schon nach kurzer Zeit trat der Prolaps nicht mehr hervor, und der Sphinkter hatte seinen natürlichen Tonus wieder gewonnen. Der eine Pat. verließ nach 4 Monaten, der andere nach 6 Wochen (allerdings gegen unseren Willen) die Klinik.

Wir sind weit davon entfernt, diese Resultate schon als Dauererfolge ausgeben zu wollen, aber jedenfalls fordern sie zur Nachprüfung auf, besonders da das Verfahren leicht und ungefährlich ist und auch den theoretischen Auseinandersetzungen entspricht.

Demnach kommen wir zu folgendem Resumé:

Der Prolapsus recti und ani et recti sind verschiedene Entwicklungsstufen desselben Leidens und grundverschieden vom Prolapsus ani und Prolapsus coli invaginati.

Der Prolapsus recti und ani et recti sind aufzufassen als Hernien des Beckenbodens. Primär entsteht die Hernie der Excavatio rectovesicalis, und sekundär entwickelt sich der Vorfall des Mastdarms.

Der Gang der Behandlung würde folgender sein:

Bei incarcerirtem, irreponiblem, exuclerirtem Prolapsus recti und ani et recti ist die Resektion einzig und allein indicirt.

Bei freiem Prolapsus recti Anwendung von Thure Brandt-scher Massage mindestens 14 Tage lang. Tritt dann keine Besserung ein, so würde zuerst die Kolopexie nach Bogdanik in Frage kommen. Verläuft auch diese resultatlos, dann bleibt die Resektion nach Mikulicz übrig.

Die Drehung nach Gersuny, die Silberdrahtmethode, die Rectopexie sind zu verwerfen.

Die Defäkation hat längere Zeit nach der Behandlung nur im Liegen auf der Bettschüssel stattzufinden. (Selbstbericht.)

73) **Ringel** (Hamburg-Eppendorf). Über Papillom der Gallenblase.

Primäre Geschwülste der Gallenblase kommen häufiger zur Beobachtung. Meist handelt es sich um Carcinome, die die ganze Gallenblasenwand befallen und auf die Leber übergreifen. Außerordentlich selten sind echte Papillome der Gallenblasenwand, zu deren Kasuistik der folgende Fall einen Beitrag liefern möge.

Eine 47jährige Frau erkrankt vor 17 Jahren mit heftigen Gallensteinkoliken, die sich in mehr oder minder großen Pausen beständig wiederholen. Seit 7 Jahren bemerkt sie unter dem rechten Rippenbogen eine cystische Geschwulst, die, in ihrer Größe Anfangs schwankend, schließlich dauernd Straußeneigröße behielt. Durch Operation wurde eine Gallenblasencyste zu Tage befördert von genannter Größe, die neben mehreren kirschengroßen Steinen massenhaft Sekret und papillomatöse Gewebsfetzen enthielt. Exstirpation der Gallenblase. Heilung nach wenigen Wochen. Die Innenwand der Gallenblase zeigte überall papillomatöse Wucherungen, welche auf der bloßen Schleimhaut aufsaßen und nach dem Fundus zu blumenkohlartige Bildungen darstellten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um polypöse Schleimhautwucherungen handelte, deren Matrix von gefäßhaltigem Bindegewebe gebildet wurde. An einer Stelle haben sich drüsenschlauchartige Wucherungen, umgeben von kleinzelliger Infiltration, in die Gallenblasenwand gedrängt und lassen sich hier bis in die Subserosa verfolgen. Die Serosa selbst ist an ihrer Außenseite überall vollkommen glatt. — Der Fall bildet in jeder Weise ein Analogon zu den relativ häufigen Papillomen der Harnblase, von denen bekannt ist, dass sie, zunächst benigner Natur, sich in Carcinome umwandeln können. Derartige Übergangsformen sind von Orth beschrieben. Was die Genese unseres Falles betrifft, so waren jedenfalls die Steine in der Gallenblase das Primäre. Erst 10 Jahre nach dem ersten Kolikanfall wurde die Cyste bemerkt, und in dieser entwickelte sich durch den chronischen Reiz der Steine

das Papillom, welches schließlich an einer Stelle carcinomatöse Degeneration erlitt. (Selbstbericht.)

74) Jordan (Heidelberg). Demonstration eines Präparats von primärem Carcinom des Ductus choledochus.

Das hühnereigroße papilläre Cylinderzellencarcinom, das klinisch nicht diagnosticirt worden war, ging vom mittleren Drittel des Choledochus aus und führte zu einer Metastase an der Mündung des Cysticus in den Hepaticus communis. Der metastatische Knoten bewirkte einen Ventilverschluss des Cysticus, der zu sehr eigenthümlichen klinischen Erscheinungen Veranlassung gab, die erst nach der Autopsie auf Grund der anatomischen Präparation richtig gedeutet werden konnten.

Wegen Hydrops der Gallenblase und Ikterus wurde bei der 65jährigen Pat. eine Cholecystostomie und, 5 Wochen später, eine Cholecystoenterostomie mit Murphyknopf ausgeführt, da sich enorme Mengen von Galle ausschließlich durch die Fistel entleerten. Bei der Ablösung des zungenförmig über die Blase ausgezogenen Leberlappens wurde im Verlauf der zweiten Operation ein stark erweiterter Gallengang eröffnet, welcher weiterhin zu einer Fistelbildung Anlass gab. Aus der Fistel entleerte sich bald Galle, bald dünner Koth, während trotz geheilter Anastomose der Stuhl acholisch blieb. Die Geschwulstmetastase am Cysticus verhinderte das Einfließen von Galle in die Gallenblase und Darm, gestattete aber eine rückläufige Kothströmung durch die Anastomose in den Ductus hepaticus von welch letzterem aus die Entleerung durch den dilatirten, angeschnittenen Gallengang nach außen erfolgte.

Bei einer dritten Operation wurde der fistulöse Gallengang sammt umgebendem Lebergewebe in den Darm eingenäht, in der Absicht, durch diese 2. Anastomose die Fistelbildung definitiv zu beseitigen. Pat. erlag indessen bald nach dem Eingriff einer Peritonitis.

(Selbstbericht.)

75) Garrè (Rostock). Intraperitoneal auf Thiere verimpfte Echinokokken.

Um die Frage der Entstehungsweise multipler Echinokokken des Peritoneums zu klären, ließ G. vor 3 Jahren durch seinen Assistenzarzt Dr. Riemann[1] frisch gewonnenes und bei der Operation steril aufgefangenes Echinococcusmaterial vom Menschen intraperitoneal (in verschiedener Weise) auf Thiere verimpfen. Abgesehen von verschiedenen negativen Resultaten, in denen das implantirte Material zu Grunde ging, sind bei 3 Kaninchen die kleinen Echinococcus-

[1] Die Arbeit von Dr. Riemann ist inzwischen in den Beiträgen zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. erschienen.

Tochterblasen aus der menschlichen Leber nicht nur am Leben geblieben, sondern auch gewachsen und in Proliferation gerathen.

Bei der Sektion der Thiere, die 17 Wochen resp. $7^1/_2$ Monate nach der Implantation vorgenommen, zeigten die Blasen wasserklaren Inhalt, waren prall gefüllt und lagen entweder zwischen den Därmen oder an der Unterseite der Leber mit gut vaskularisirten Pseudomembranen umschlossen. 3 Blasenwürmer, die z. B. bei der Implantation 7, 8 und 10 mm Durchmesser hatten, maßen $7^1/_2$ mm, später 11, 14, und 16 mm (Demonstration). Überdies waren die Blasen mit einer reichen Zahl wandständiger weißlicher Köpfchen (Skolices) besetzt. Von besonderem Interesse war aber der Befund, wo in einer Cyste 80—100 Enkelbläschen von 0,8—1,5 mm Größe mit wasserklarem Inhalt und deutlich geschichteter Membran sich entwickelt hatten. (Demonstration).

Die Versuche, die übrigens mit denen von Alexinsky übereinstimmen, sind von Bedeutung für die Ätiologie des multiplen Echinococcus des Peritoneums, der wohl schwerlich, wie Viele glauben, durch eine multiple Einwanderung des sechshakigen Embryo entsteht, sondern vielmehr durch die Keimaussaat einer spontan rupturirten oder durch eine Probepunktion lädirten Echinococcusblase eines Abdominalorgans. Wenn solche Tochterblasen bei Wechsel des Wirthes (bei der Überpflanzung vom Menschen aufs Kaninchen) wachsen und proliferiren können, wie viel leichter wird das bei der Aussaat im selben Peritoneum der Fall sein! Es ist dies eine weitere dringende Warnung, Probepunktionen bei Echinokokken zu unterlassen.

(Selbstbericht.)

---

76) **Kollmann** (Leipzig). Intraurethrotomie bei weiten Strikturen.

K. demonstrirte 3 Instrumente, die zur Intraurethrotomie bei sog. weiten Strikturen der Harnröhre bestimmt sind.

Fessenden-Otis hat schon vor ca. 30 Jahren gezeigt, dass es zur Heilung einer Harnröhrenstriktur nicht genügt, das Kaliber der Harnröhre auf etwa 20—25 Charr. zu bringen, sondern dass man diese zumeist noch über 30 Charr. hinaus, oft sogar bis 40 Charr. und selbst darüber erweitern muss, ehe die vollständige Heilung der Striktur mitsammt deren Folgen (chronischer Katarrh, sensible und funktionelle Störungen im Harn- und Geschlechtsapparat) eintritt. Otis hat für die Erweiterung verschiedene Instrumente angegeben; dasjenige, das am meisten Verbreitung gefunden hat, ist ein aufschraubbarer zweitheiliger Dehner mit einem in einer Längsrinne der dorsalen Branche laufenden Messer. Die Einstellung der Striktur geschieht durch Messung vom Orificium aus. K. hält letzteres Postulat des Instruments für einen Nachtheil desselben; solche Messungen führen wegen Veränderlichkeit der Penislänge öfters zu ungenauer Einstellung. Die Einstellung der Striktur durch das Gefühl (Bougie à boule etc.) ist nach K.'s. Ansicht vorzuziehen, und

schlägt er aus diesem Grunde vor, lieber wieder zu denjenigen Methoden zurückzukehren, die auf dieser Art der Striktureinstellung beruhen. K. hat zu diesem Behufe mehrere Instrumente angegeben, die bereits an anderen Orten ausführlicher von ihm beschrieben worden sind (Berichte der 70. Naturforscherversammlung zu Düsseldorf September 1898, dermatologische Abtheilung, und Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. X Hft. 1 u. 3 1899). Der Unterschied zwischen K.'schen Instrumenten und älteren besteht darin, dass man mit ihnen durch das Tastgefühl sowohl den centralen als auch den peripheren Striktureingang gleichzeitig einstellen kann; durchschnitten wird nach geschehener Einstellung nur das, was dazwischen liegt, wodurch unnöthig lange Schnitte vermieden werden. Bei dem Instrument No. 1 (Fig. 1) geschieht die periphere Einstellung durch endoskopische Tuben, die Instrumente No. 2 (Fig. 2) und No. 3 (Fig. 3) besitzen aber in sich selbst die Vorrichtung zur Einstellung des Ein- und Ausgangs der Striktur. Die Instrumente No. 2 und 3 dienen auch dazu, um rein diagnostisch die Länge einer Striktur genau ermitteln zu können. Am genauesten lässt sich die Messung ermöglichen durch das Instrument No. 3; durch dieses kann man bei richtiger Verwendung ein getreues Bild auch aller übrigen räumlichen Verhältnisse der Striktur gewinnen.

Die Instrumente No. 1 u. 2 eignen sich zur Incision von Strikturen eines Kalibers von ca. 18 Charr. ab bis etwa 32 Charr. Das Instrument No. 3 kann für alle Infiltrate bei einem Lumen von etwa 25 Charr. ab nach aufwärts bequem angewandt werden; es lässt sich, wenn man will, bis auf 45 aufschrauben. Mit einem besonderen Schlussdeckel der oberen Rinne versehen, ist das Instrument zugleich als ein guter zweitheiliger Dehner nach Oberländer (mit Gummiüberzug) zu verwenden; seine niedrigste Nummer beträgt dann etwa 22 Charr.

Im Gegensatz zur Behandlung enger Strikturen lässt sich die weiter Strikturen auch bei der Schnittmethode fast immer ambulant durchführen. Wegen Einzelheiten sei auf die oben genannten Veröffentlichungen verwiesen.

Neuere, wichtigere Einrichtungen und Gebrauchsweisen der Instrumente, die an den gedachten Orten noch nicht erwähnt wurden, sind folgende: Das Instrument No. 1 besitzt jetzt genau wie das Instrument No. 2 eine Vorrichtung, um das Messer aus dem Bereich des Endknopfes peripher beliebig weit herauszuziehen. Die Schneide verläuft schon bei Fixirung des Messers bis an das periphere Ende des Knopfes heran; in den Fig. 1 u. 2 ist das Messer etwas zu kurz gezeichnet.

Die Instrumente No. 2 u. 3 haben eine Graduirung, um jederzeit konstatiren zu können, wie weit die beiden Knöpfe, mit denen man den Ein- und Ausgang der Striktur einstellt, von einander entfernt sind.

Das Instrument No. 3 wird jetzt kürzer gebaut, als es Fig. 3 wiedergiebt; auch ist seine Spitze fast gar nicht gebogen, so dass man die Knöpfe resp. die Schneide des Messers bequem nach jeder gewünschten Wandstelle der Harnröhre richten kann. Ist die Strik-

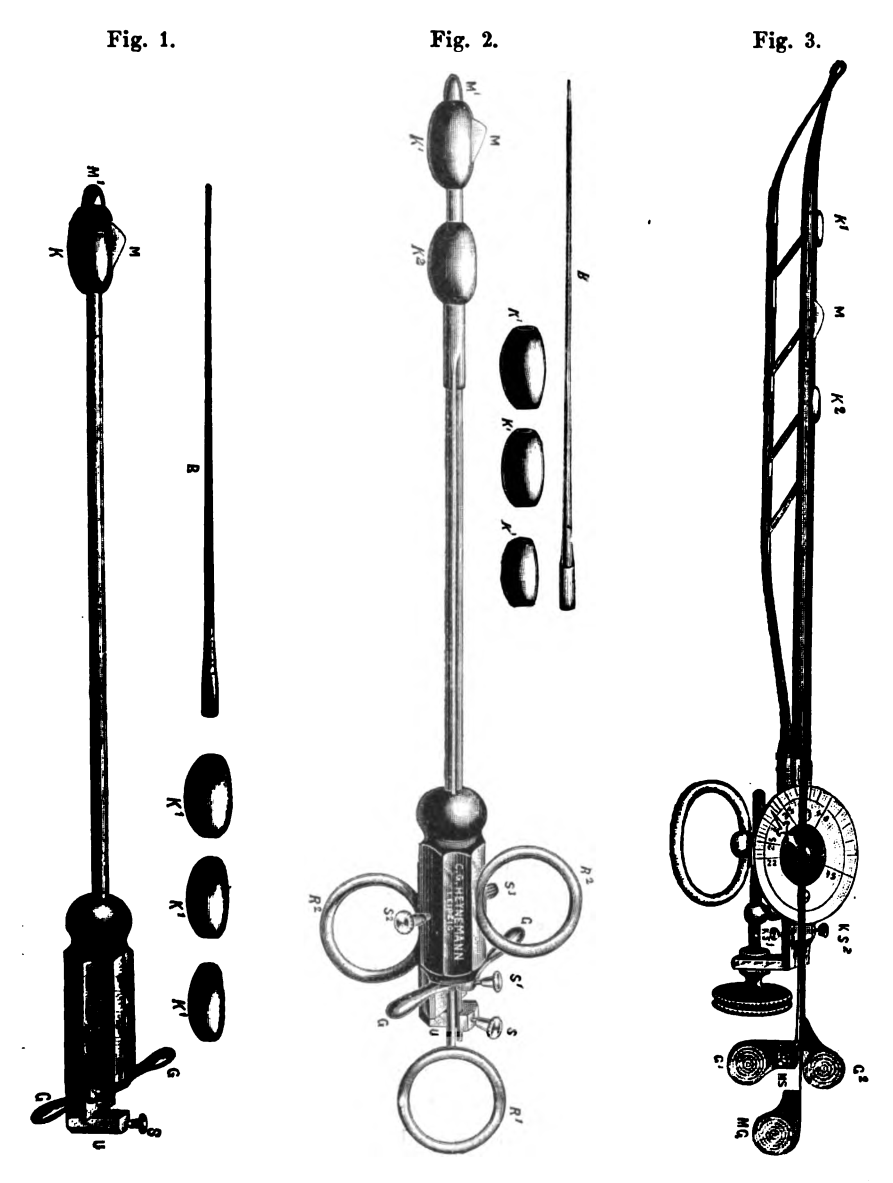


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

tur so kurz, dass sich bei Verwendung des Instruments No. 3 der centrale und der periphere Knopf schon vor dem Schnitt berühren, so wird statt des peripheren Knopfes K^2 ein besonderer Schlussdeckel ohne Knopf eingeschoben, dessen centrales Ende man vermittels

einer Graduirung in jeder beliebigen Entfernung von dem centralen Knopf K^1 (wenn man will bis auf 1 mm genau) fixiren kann. Durch diese Einrichtung lässt es sich erreichen, einen ganz kurzen und doch ergiebigen Schnitt zu führen. Bei Benutzung des Instruments No. 3 gilt es als Regel, zunächst diejenigen Infiltrate (gonorrhoische sind bekanntlich fast immer multiple) zu incidiren, die das engste Lumen haben; die Schraubeinrichtung dieses Instruments kann leicht dazu verführen, von dieser Regel abzuweichen. Bei Benutzung der Instrumente No. 1 u. 2 verbietet sich ein anderes Vorgehen schon ganz von selbst.

Sämmtliche beschriebene Instrumente sind ausschließlich aus Metall hergestellt; sie lassen sich in allen Theilen leicht aus einander nehmen und daher bequem reinigen und kochen. Sie werden angefertigt in der mechanischen Werkstatt von C. G. Heynemann in Leipzig. —

An dem dieser Demonstration folgenden Tage zeigte K. vor einer Anzahl geladener Kongresstheilnehmer die Anwendung der Instrumente an 2 Pat., die ihm von Dr. Wossidlo in dessen Poliklinik freundlichst zur Verfügung gestellt wurden. (Selbstbericht.)

---

77) **H. Küttner** (Tübingen). Zur Verbreitung und Prognose des Peniscarcinoms.

Vortr. hat vor 2 Jahren an gleicher Stelle über Untersuchungen berichtet, welche die Verbreitung des Zungenkrebses betrafen; angestellt waren dieselben worden in der Voraussetzung, dass man in der Kenntnis und vielleicht der operativen Therapie des Carcinoms durch das Studium seiner Verbreitungswege eher weiter kommen könnte als durch die bisher ergebnislosen ätiologischen Forschungen.

Vortr. hat die Experimente an anderen Organen, und zwar zunächst am Penis fortgesetzt, angeregt durch zwei ungewöhnlich verlaufene Fälle von Peniscarcinom, welche in der Bruns'schen Klinik zur Beobachtung kamen. In dem ersten Falle war fast das ganze Organ amputirt, und die linksseitigen Inguinaldrüsen waren ausgeräumt worden. Das Carcinom trat bald wieder auf, und zwar nicht in loco und auch nicht in den Inguinaldrüsen, sondern eigenthümlicherweise hinter der vorderen Bauchwand in der Gegend der Harnblase; der Tod erfolgte in Kachexie unter stetigem Wachsthum dieser Metastase; die Inguinaldrüsen blieben dauernd frei. In dem zweiten Falle handelte es sich um ein wenig vorgeschrittenes Carcinom der Glans und des vorderen Schafttheils; der Penis wurde amputirt, die nicht vergrößerten Inguinaldrüsen wurden belassen. Nach 2 Jahren zeigte sich der Pat. wieder mit einem starren Ödem des rechten Beines. Auffallenderweise war in den Inguinalgegenden nichts zu finden, dagegen fühlte man die rechte Beckenhälfte von einem voluminösen Drüsenpacket ausgefüllt. Erst $^1/_2$ Jahr später, kürzere Zeit vor dem Tode, erkrankten sekundär auch die Inguinaldrüsen.

Diese Fälle ließen sich nicht mit der Erfahrung in Einklang bringen, dass beim Peniscarcinom gerade umgekehrt wie beim Hodencarcinom immer zuerst die Leistendrüsen und erst später die Beckendrüsen erkranken; es schien vielmehr namentlich der zweite Fall dafür zu sprechen, dass es auch direkte Lymphgefäßverbindungen zwischen dem Penis und den Drüsen im Becken gebe, welche die Inguinaldrüsen nicht vorher passiren. Da sich auch in den neuesten anatomischen Werken keine Angaben darüber vorfanden, und nur ein einschlägiger Befund von Horowitz und v. Zeissl erwähnt wird, hat der Vortr. mit der bewährten Gerota'schen Methode Injektionen an einer Anzahl Leichen gemacht und dabei folgende Resultate erzielt:

Es giebt am Penis oberflächliche und tiefe Lymphgefäße. Die oberflächlichen haben geringeres Interesse. Sie stammen aus der Haut, der Tunica dartos penis und dem subkutanen Zellgewebe; sie gehen in einen starken medianen und eine Anzahl seitlicher Stämme über, welche alle in die inguinalen Drüsen einmünden, und zwar hauptsächlich in die obere mediale Gruppe derselben. Die übrigen oberflächlichen und tiefen Inguinaldrüsen füllen sich aber bei Injektion vom Penis aus ebenfalls zum großen Theil sowohl von jener oberen medialen Gruppe her als durch direkte Verbindungen. In die erwähnten Bahnen sind mitunter kleine Drüsen eingeschaltet, welche in der Nähe der Mittellinie an der Peniswurzel liegen und, wenn sie carcinomatös erkranken, unter Umständen ein lokales Recidiv vortäuschen können.

Von weit größerem Interesse für die angeregte Frage sind die tiefen Lymphgefäße des Penis. Als das Wurzelgebiet derselben muss die Haut der Eichel angesehen werden; die hier vorhandenen feinen Geflechte kommuniciren sowohl mit denen der Harnröhrenschleimhaut als mit denen der Eichel, sie gehen in eine Anzahl Stämme über, welche alle subfascial gelegen sind und der Vena dorsalis penis folgen. Ein großer Theil der Lymphe fließt auch aus diesen tiefen Lymphgefäßen in die inguinalen Drüsen ab, die übrigen Bahnen münden aber direkt in die Drüsen im Innern des Beckens, und zwar auf folgenden Wegen (Demonstration): Ein Gefäß geht hinter dem Samenstrang unter dem Lig. Pouparti durch und endet in einer der Vena iliaca externa anliegenden Drüse. Ein ebenfalls mit der Vena dorsalis penis herabkommendes Gefäß geht an der Vorderfläche der Symphyse in ein feines Geflecht über, in welches ein kleines Drüschen eingeschaltet ist. Der aus dem Plexus hervorgehende Lymphstamm überschreitet die Symphyse zwischen den Ansatzpunkten der Mm. recti und verläuft an der Innenseite der Bauchwand über und parallel dem Beckenrand nach links; er theilt sich in 2 Äste, von denen der eine ins kleine Becken hinabsteigt und in eine hypogastrische Drüse mündet, während der andere in einem etwas medial von den Vasa epigastrica gelegenen Lymphknoten endet. Ein weiteres Gefäß wendet sich an der Peniswurzel nach

außen, überschreitet subfascial die Ansatzpunkte der Adduktoren und den Pectineus, schließt sich den großen Gefäßen an und verläuft mit denselben, größtentheils von ihnen bedeckt, bis zu einer Drüsengruppe, die in Höhe des Übergangs vom Ureter über die großen Gefäße unter den letzteren gelegen ist. Andere Bahnen stehen in Beziehung zu den Lymphgefäßen der Harnröhrenschleimhaut, die, wie schon länger bekannt, nach vorn mit denen der Eichel, nach hinten mit denen der Harnröhrenschleimhaut zusammenhängen. Ein Gefäß verläuft mit der Vena dorsalis, tritt nun aber nicht über, sondern unter der Symphyse durch und geht in ein auf dem peripheren Abschnitt der Pars prostatica der Harnröhre gelegenes Geflecht über. Dieses Geflecht enthält Zuflüsse von der Harnröhrenschleimhaut und entsendet 2 größere Lymphstämme. Der eine steigt an der vorderen Beckenwand schräg nach aufwärts und mündet in eine auf dem horizontalen Schambeinast nach innen vom Schenkelring gelegene Glandula iliaca, der andere zieht an der Vorderfläche der Blase in die Höhe, durchsetzt eine der von Waldeyer-Gerota als Glandulae vesicales antt. bezeichneten Lymphdrüsen, biegt dann nach links ab und mündet in die Glandulae hypogastricae. Das folgende Gefäß hat mit den der Vena dorsalis folgenden Bahnen keinen Zusammenhang mehr, sondern stammt ausschließlich aus den Lymphgefäßen der Harnröhrenschleimhaut. Es perforirt an der Grenze des Trigonum die seitliche Blasenwand, passirt einen kleinen der Blase anliegenden Lymphknoten und steigt dann zu den großen Gefäßen auf, denen es mit Durchsetzung einiger Drüsen bis zu ihrer Theilung folgt.

Aus diesen Befunden erklären sich die oben angeführten auffallenden klinischen Beobachtungen. Es existiren in der That zahlreiche Lymphbahnen des Penis, welche die Inguinaldrüsen umgehen und in Lymphknoten einmünden, welche im Innern des Beckens, und zwar zum Theil in bedeutender Entfernung vom Ursprungsgebiet gelegen sind. Da die Lymphgefäße der Vorhaut mit denen der Eichel und diese wieder mit denen der Harnröhre zusammenhängen, so besteht bei jedem Peniscarcinom, von welchem Theil des Organs es auch ausgehen möge, die Möglichkeit, dass eine der beschriebenen Bahnen benutzt wird. Fragt man nach der praktischen Bedeutung der obigen Befunde, so muss zugegeben werden, dass sie für die operative Therapie des Peniscarcinoms ohne Belang sind. Nach wie vor wird man sich damit begnügen, außer der Amputation des Penis eine gründliche Ausräumung der sämmtlichen Inguinaldrüsen auf beiden Seiten vorzunehmen. Leicht erreichbare Beckendrüsen wird man um so eher mit entfernen, als sie den angeführten Betrachtungen nach die erste Station des Carcinoms in den Lymphdrüsen darstellen können und nicht schon der Ausdruck einer vorgeschrittenen Drüseninfektion zu sein brauchen. Wichtiger als für die Therapie sind die obigen Befunde für die Prognose des Peniscarcinoms. Dieselbe ist ja an und für sich eine der günstigsten;

aus dem Material der Bruns'schen Klinik, welches im Ganzen 58 Fälle umfasst, konnte ich nicht weniger als 59,5 % Dauerheilungen von 3—29 Jahren berechnen. Immerhin muss man sich aber klar machen, dass mit der Ausräumung der beiderseitigen Inguinaldrüsen nicht alle Lymphgebiete des Penis ausgeschaltet sind, und dass auch dem Peniscarcinom, wie leider den meisten Carcinomen, Verbreitungswege zur Verfügung stehen, die für das Messer des Chirurgen eben nicht erreichbar sind. (Selbstbericht.)

78) **Loewenhardt** (Breslau). Über einige Hilfsmittel bei der Litholapaxie. (Demonstration.)

Wer die Technik der Steinzertrümmerungen mit ihren großen Vorzügen vor den Blasenschnitten schätzen gelernt hat, wird die Indikationen möglichst zu erweitern suchen. Die ausgezeichneten Resultate, welche diese konservative Methode fast ausnahmslos giebt, machen den Entschluss schwer, einzugestehen, dass man nach einer Anzahl glücklicher Fälle wieder einmal gelegentlich aus technischen Schwierigkeiten zum Messer greifen muss. Um so mehr sucht man nach Hilfsmitteln, noch bei solchen Situationen mit der Zertrümmerung zum Ziele zu kommen, wo anscheinend nur ein blutiger Eingriff übrig blieb. Dazu kommt, dass bei uns das Material besonders nach einzelnen Richtungen ein Recht, den Vergleich mit der Fülle anderer Länder, wenigstens nach den Publikationen zu urtheilen, nicht zulässt: wer vermöchte wohl solche Serien von Lithotripsien bei Kindern wie Keegan, Freyer u. A. aufzustellen. Es nimmt daher kein Wunder, wenn die seltenen Eingriffe bei Kindern viele Chirurgen schon desshalb zur Sectio alta führen, weil die nöthigen Instrumente bisher bei unseren inländischen Bezugsquellen entweder gar nicht oder auf besondere Requisition nicht zweckmäßig zu erhalten sind. Ich habe wenigstens in dieser Beziehung unbequeme Erfahrungen gemacht und erst von Collin-Paris ein brauchbares Instrument, Charrière 14—15, erlangt; später sah ich auch bei Weiss-London ähnliche Lithotriptoren, bei denen, ohne dass eine Befürchtung, Verletzungen der Schleimhaut zu setzen, vorlag, auch noch die nöthige Handlichkeit und Widerstandsfähigkeit gewahrt war. Während ich bei diesem kleinen Kaliber auf eine Evakuation gänzlich verzichtete, war naturgemäß eine recht genaue Zerkleinerung nothwendig, um die Entleerung beim Urinakt zu erzielen. Ich will noch erwähnen, dass mir dieses kleine Instrument auch bei anderen Situationen gute Dienste leistete, so z. B. um es neben dem Kindercystoskop ohne Dilatation der Harnröhre in die weibliche Harnblase einzuführen und eine Haarnadel unter dauernder Kontrolle des Auges bei gefüllter Blase bequem so umzudrehen, dass der Fremdkörper leicht herausgezogen werden konnte. Die vollständige Klarheit der Flüssigkeit nach diesem Eingriff bewies, dass diese Methode, bei der kein Tropfen Blut sich zeigte, jedenfalls ungleich zarter ist,

als die mehrfach publicirte Entfernung solcher Befunde nach Dilatation der Harnröhre bei gefüllter Blase. Ferner kann das Instrument noch bei der später zu erwähnenden Lithotripsia supra-pubica gebraucht werden.

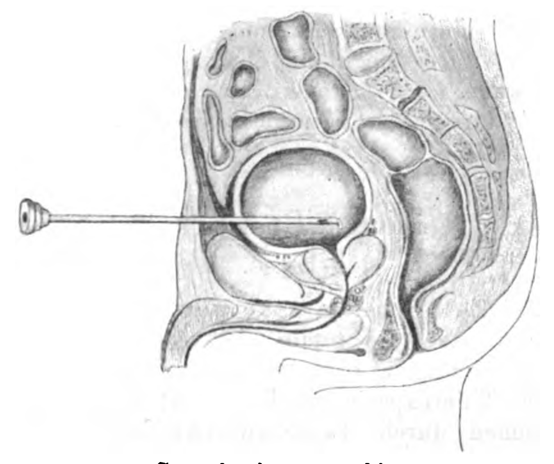
Eine weitere Bemerkung zum Instrumentarium bei der Evakuation soll nur auf eine wenig beachtete Abhandlung von Otis K. Newell (New York med. record 1891 März 28) hinweisen. Ich habe mir vor mehreren Jahren nach dem Vorschlag dieses Autors gerade Tuben von Aluminium anfertigen lassen, welche ich direkt an den Evakuator steckte. Aus physikalischen Gründen ist ersichtlich, dass bei direkter Saugwirkung bedeutend erfolgreicher aspirirt werden kann. Voraussetzung ist natürlich, dass die Prostata die Anwendung dieser Instrumente gestattet. Die Saugkraft wird um so intensiver sein, je kürzer die Distanz vom Auge der Tube bis zum Ballon ist. Diese Entfernung kann aber in der That erheblich verkürzt werden, wenn man die Tuben nicht nach der anatomischen, sondern nach der chirurgischen Länge der Harnröhre arbeiten lässt. Letztere ergiebt sich auf höchstens 6 Zoll gemessen, wenn man eine gewöhnliche Metallsonde einführt, die Prostata »anhakt«, und die Glans möglichst heraufschiebt. Die Messung dieser »chirurgischen« Länge, welche ich s. Z. ebenfalls betonte, führt dazu, die Tuben höchstens 6 Zoll lang anfertigen zu lassen. Die Verstärkung der Saugkraft auf diesem Wege hat noch den Vortheil, dass es nicht nothwendig ist, das Auge so dicht wie früher an die Blasenwand zu bringen und dadurch Hämorrhagien zu vermeiden. Das ungleich geringere Gewicht der Aluminiumtuben wird gleichzeitig bei einer festen Verbindung mit dem Aspirator (ich verwende desshalb den Ulzmann-Aspirator) die Handlichkeit erhöhen. Dadurch, dass man gewissermaßen bei dieser Verbindung nur ein Instrument führt, bleibt die Kontrolle und Übertragung jeder Bewegung für das Gefühl am besten erhalten. Newell verkürzt die Distanz der Saugwirkung noch mehr dadurch, dass er jede Einschaltung einer Klappe etc. zwischen Tube und Ballon verwirft, und den Aspirator Bigelow's direkt mit der Tube verbindet.

Dass die Cystoskopie noch Steine entdecken lässt, wenn die Sondirung negativ ausfiel, ist mehrfach schlagend bewiesen worden. Solche, z. B. hinter einer sehr großen Prostata liegende Steine sind dann auch für den Lithotriptor schwer oder gar nicht erreichbar, und man hilft sich durch starke Beckenhochlagerung, um die Steine in den Fundus fallen zu lassen. Trotzdem gelingt letzteres nicht in allen Fällen, weil der Stein durch irgend welche Verhältnisse fixirt ist.

In solchen Fällen soll man versuchen, dadurch zum Ziel zu kommen, dass der Assistent mit dem Finger in das Rectum hineingeht, den Blasenboden hebt und so dem Operateur ermöglicht, den Stein zu fassen. Die Berechtigung zu dieser Bemerkung entnehme ich daraus, dass es auf diesem Wege gelang, bei einem 72jährigen Pat. die Lithotripsie auszuführen, welche von anderer Seite für nicht angängig erklärt war.

Die Hebung des Beckenbodens unter solchen Verhältnissen ist so nahe liegend und sicher so oft ausgeführt worden, dass weitere Bemerkungen, wie vortheilhaft diese Manipulation auch zu diagnostischen Zwecken werden kann, sich erübrigen. Besonders bei den Schwierigkeiten, welche die Feststellung eines Tumors bei Hämaturie in dem trüben Medium bieten kann (zur Unterscheidung von Membranen, Coagulis, Ulcerationen), ist es vortheilhaft, den Blasenboden, auf dem sich die meisten pathologischen Processe abspielen, dem Fenster des Cystoskops näher zu bringen. Auch Newell (New York med. record 1893 März 4) macht darauf aufmerksam, dass die Konfiguration und Konsistenz dadurch klarer wird.

So angenehm und bei empfindlicher Blase unentbehrlich die allgemeine Narkose sein mag, kommt es doch nicht selten bei dem hohen Alter der Pat. darauf an, jede Störung der Vitalität des Organis-



Cystoskopia suprapubica.

mus möglichst zu vermeiden. Der Zustand der Nieren, etwaige Katarrhe der Athmungswege, vor Allem die Atheromatose werden immer wieder dazu führen, die lokale Anästhesie zu versuchen. Ich führe dieselbe so aus, dass ich mit wenigen Kubikcentimetern starker Cocainlösung (5—10%) Blasenhals und Harnröhre nach Entleerung des Urins beträufle und habe niemals Intoxikationserscheinungen beobachtet, allerdings auch nach einigen Minuten die Borsäurefüllung folgen lassen.

Als Schlussakt wurde stets, wie dies auch jüngst Marc 1898 (Centrallblatt der Krankheiten der Harn- und Sexualorgane p. 317) angiebt, eine Arg. nitr.-Irrigat. resp. -Instillation hinzugefügt.

Ein neuer Weg zur Steinzertrümmerung ergab sich in folgender Situation: Bei einem 69jährigen, sehr dekrepiden Herrn war ich genöthigt, auf dem Lande die Punktion auszuführen und einen dünnen Verweilkatheter durch die Punktionswunde einzulegen. Da eine spontane Urinentleerung in den nächsten Wochen auch bei An-

spannung der Blase nicht stattfand, wurde wiederholt vergeblich versucht, das anscheinend vom hinteren Theil der Pars membranacea beginnende Hindernis für den Katheterismus auf verschiedene übliche Weise durchgängig zu machen. Wegen Herz- und Lungenstörung musste von einer Radikaloperation mit längerer Bettruhe zunächst abgesehen werden, zumal der Befund möglicherweise Komplikationen erwarten ließ, welche die Boutonnière und die Sectio alta nothwendig machen konnten. Zur Klarlegung dieser Verhältnisse wurde beschlossen, die Punktionswunde durch Einlegen stärkerer Katheter in wenigen Tagen zu erweitern. Es gelang dann sehr leicht, das Kindercystoskop Nitze's auf diesem Wege einzubringen und die Blase zu besichtigen. Ich konnte mich gleichfalls überzeugen, dass die Einführung des oben erwähnten Kinderlithotriptors durch die Punktionswunde keine Schwierigkeiten machte. Wenn auch in diesem Falle von einer Steinzertrümmerung nicht die Rede sein kann (die kleinen Harnsäurekonkremente ließen sich ohne Weiteres herausspülen), so dürfte doch ein derartiger Zustand wie der vorliegende den, wenn auch seltenen, Fall des Hilfsmittels der Cystoskopia resp. Lithotripsia supra-pubica, wie Fig. zeigt, demonstriren.

(Selbstbericht.)

---

79) **Modlinski** (Moskau). Über die Totalexstirpation der Blase.

Gluck und Zeller hatten 1881 zuerst darauf hingewiesen, dass bei Blasengeschwülsten die totale Exstirpation der Blase mit der Geschwulst nothwendig werden könne, und die Ausführbarkeit der Operation durch Thierexperimente bewiesen; die erste Blasenexstirpation am Menschen durch Bardenheuer folgte 1887. Bis heute sind 12 Fälle dieser Operation publicirt worden, von denen 7 — mit 4 = 57% Todesfällen — bei Männern, 5 — mit 2 = 40% Todesfällen — bei Frauen ausgeführt wurden. Redner selbst hat 1mal bei einer totalen Blasenexstirpation durch Prof. Kosinski assistirt, 2mal die Operation selbst ausgeführt. Im 1. Falle trat nach 8tägigem völlig befriedigendem Verlauf am 9. Tage der Tod ein, der 2. ist nach eben so glattem Verlauf genesen. Er wurde am 1. December 1898 in der Moskauer Gesellschaft vorgestellt.

Redner bezeichnet als für die Radikaloperation der vollständigen Harnblasenexstirpation folgende Fälle geeignet.

1) Wenn nach andersartiger Operation rasch ein Recidiv eingetreten, oder die Blasenwand dicht von Tumoren besetzt ist, wie solche auch von gutartiger Natur nicht selten vorkommen: Papillome, Myome, Cysten. Die letzteren Fälle geben nach gelungener vollständiger Exstirpation die beste Prognose.

2) Fälle bösartiger, mehr oder weniger ausgedehnter, besonders in der Gegend der Ureterenmündungen sitzender Geschwülste, die aber die Grenzen der Blase noch nicht überschritten, auf die be-

nachbarten Organe und Gewebe noch nicht übergegriffen haben; Fälle, in denen die Prognose weit schlechter ist.

3) Wenn eine Neubildung des Uterus auf die Blase übergegriffen hat. Die dadurch veranlassten Qualen der Kranken lassen sich nur durch die gleichzeitige Entfernung beider Organe beseitigen.

Die Frage, auf welche Weise die entfernte Blase zu ersetzen ist, bedarf noch sehr des fortgesetzten Studiums. Bei Frauen bildet die Scheide den besten Ersatz. Bei Männern lässt sich ein ähnliches Reservoir aus dem untersten Mastdarmtheil herstellen. Zu dem Zweck durchtrennt man den Mastdarm schon 12—15 cm oberhalb des Afters, schließt die obere Öffnung des unteren Abschnitts durch sero-seröse Invagination und näht die Ureteren in die so hergestellte Ersatzblase ein. Dann zieht man das untere Ende der um ihre Längsachse gedrehten Flex. sigmoidea durch die Operationswunde hervor und fixirt es dann. Die Technik der totalen Harnblasenexstirpation bietet im Allgemeinen weniger Schwierigkeiten als eine schwere Harnblasenresektion, besonders wenn diese in der Gegend der Basis oder im peritonealen Theil der Blasenoberfläche ausgeführt werden muss. Bei Männern wird die Totalexstirpation am leichtesten von hinten, von der Kreuzbeingegend her ausgeführt, da dies die Ersatzblasenbildung sehr erleichtert. Der weibliche Organismus gestattet, dass die totale Blasenexstirpation, auch mit vollständiger Kastration verbunden, durch die Scheide gemacht wird. Höchstens kann ein Schnitt über der Symphyse nothwendig werden, und nur in den schwersten Fällen auch bei Frauen die Operation vom Kreuzbein her angezeigt erscheinen. Der gute Erfolg der Operation hängt hauptsächlich von der Schnelligkeit ihrer Ausführung ab. Pat. liegt dabei mit erhöhtem Becken, den Kopf tief, die Beine dem Rumpf fest angelagert. Zur Blutstillung dient während der Operation trockene sterile Tamponade; hämostatische Pincetten werden womöglich erst nach ihrer Beendigung angelegt. Bei Frauen kann man die Ureteren sorglos ihrem eigenen Schicksal überlassen, muss sich nur bemühen, die Wundreinigung so sorgfältig als möglich auszuführen. (Selbstbericht.)

---

80) **Zondek** (Berlin) spricht über das arterielle Gefäßsystem der Niere und seine Bedeutung für die Nierenchirurgie.

Der Vortr. demonstrirt 15 Macerationspräparate der Niere, in denen die Arterien zum Theil bis in die Glomeruli injicirt sind.

An den Präparaten erkennt man die von Hyrtl beschriebene natürliche Theilbarkeit der Niere. Hebt man nämlich den arteriellen Gefäßausguss der Niere an dem Hauptstamm in die Höhe, so klafft der Gefäßbaum in zwei Theile aus einander, in einen vorderen ventralen und einen hinteren dorsalen Theil.

Die Linie an der lateralen konvexen Oberfläche, in welcher die Theilung beginnt, das ist die Linie der natürlichen Theilbarkeit der Niere.

Die vordere und hintere Gefäßpartie stellen also vollkommen selbständige, von einander unabhängige Gefäßbezirke dar, die sich von einander abheben lassen, ohne dass eine Zerreißung von Gefäßen dabei stattfindet, trotzdem die Injektion bis in die Glomeruli erfolgt ist.

Die vorderen ventralen Äste der A. renalis haben ein größeres Gesammtkaliber, als die hinteren, dorsalen. Die vordere, ventrale .Gefäßpartie ist stärker konvex und wesentlich größer als die hintere dorsale.

Die Linie der natürlichen Theilbarkeit liegt nicht in der Mitte der lateralen konvexen Oberfläche, sondern dorsalwärts davon, und öfters entfernt sie sich ganz besonders im mittleren Drittel der Niere dorsalwärts vom Sektionsschnitt.

Man erkennt ferner die von Hyrtl beschriebene Austerschalenform. Beide Gefäßpartien sind ausgehöhlt, die vordere mehr als die hintere.

An der Innenfläche jeder Nierenschale verlaufen vom Hilus radiär nach der lateralen konvexen Oberfläche der Niere die Nebenäste der A. renalis. Diese sind nach der Theilungsfläche nackt, nach der Peripherie hin entsenden sie divergent Äste, und so entstehen keilförmige Vorsprünge, deren Kante nach der Theilungsfläche, deren Basis in der Peripherie gelegen ist.

Legt man die Branchen einer Pincette zwischen je 2 Äste der Nierenarterie, so trennen sich die von diesen ausgehenden Gefäßgebiete, ohne dass dabei Gefäße zerreißen.

Die Nierenarterien münden in den Hilus der Niere, zuweilen dringt ein isolirter Ast bezw. eine zweite A. ren. außerhalb des Hilus in einen Pol, denselben versorgend, hinein.

Von den 15 Nieren werden 9 von je einer, 5 Nieren von je 2, eine von 3 Aa. renales versorgt.

Sind 2 Aa. renales vorhanden, so entspringen dieselben aus der Aorta dicht hinter einander oder in mehr oder weniger großer Entfernung von einander; in einem Falle beträgt die Entfernung 3,7 cm.

Die arteriellen Kapselgefäße verlaufen nach der vorderen und hinteren Wand, nach dem oberen und unteren Pol der Niere.

Sie entspringen aus der A. renalis, ihren Haupt- und Nebenästen, bezw. aus den Nierenarterien vor oder nach ihrem Eintritt in die Niere; dem entsprechend führen sie entweder direkt von der A. renalis vor ihrem Eintritt in die Niere oder indirekt durch das Nierenparenchym hindurch in die Kapsel.

Sehr lehrreich ist das zuletzt demonstrirte Präparat. Beide Nieren werden von je 2 Aa. renales versorgt. An der rechten Niere ernährt die untere Arterie den unteren Pol, die obere Arterie den übrigen Theil der Niere; an der linken Niere versorgt die untere Art. renalis die dorsale Nierenschale, die obere A. renalis, die von mehr als doppelt so starkem Kaliber als die untere ist, die wesentlich größere ventrale Nierenschale. Dem entsprechend liegt auch

die Linie der natürlichen Theilbarkeit nicht in der Mitte der lateralen konvexen Oberfläche, sondern dorsalwärts vom Sektionsschnitt.

Aus dem Gesagten ergiebt sich:

1) Die Herkunft der Kapselgefäße aus den Nierenarterien nach ihrem Eintritt in die Niere giebt eine Erklärung für die häufige Kombination von Paranephritis und Herden in der Niere. Das zur Ausscheidung bestimmte Infektionsvirus kann in die Niere und zugleich in die Fettkapsel getragen werden. Legt man darum bei Paranephritis die Niere frei, so findet man oft in der Niere eine Erkrankung, mit der genetisch die Paranephritis im Zusammenhang steht; und ist in der freigelegten Niere keine Erkrankung nachweisbar, so kann trotzdem der primäre Herd in der Niere vorhanden sein bezw. gewesen sein, indem er, versteckt liegend, gar keine klinischen Symptome zu machen braucht oder durch das Ausscheidungsvermögen der Niere zur Heilung gekommen ist.

2) Der Verlauf der Kapselgefäße nach der vorderen und hinteren Wand, nach dem oberen und unteren Pol der Niere entspricht auch der von Tuffier getroffenen Eintheilung der paranephritischen Abscesse in die 4 Kategorien: in Paranephritis an der vorderen und hinteren Wand am oberen und unteren Pol der Niere.

3) Die Thatsache, dass zuweilen ein früh entspringender Hauptast bezw. eine zweite A. renalis außerhalb des Hilus in einen Pol, denselben ernährend, mündet, giebt eine Erklärung dafür, dass zuweilen bei einer ausgedehnten Nephrotomie trotz vorausgegangener Abklemmung des Stiels die Blutung nicht steht.

4) Die Selbständigkeit der Gefäßgebiete der einzelnen Äste der Nierenarterie ermöglicht die auf hämatogenem Wege sich verbreitenden, auf sie allein beschränkten lobären bezw. lobulären metastatischen Abscesse.

5) Die partielle Resektion der Niere ist, wie die Experimente von Kümmell, Barth, Tuffier und die erfolgreichen Operationen von Israël, Kümmell, Woats u. A. zeigen, unbeschadet der Erhaltung der übrigen Niere möglich und darum in geeigneten Fällen geboten. Die Gefäßvertheilung giebt uns die Weisung für die zweckmäßige Methode der partiellen Resektion. Man wird am besten den Herd keilförmig entfernen, mit der Basis in der Peripherie und der Kante (bezw. kleinern Fläche) nach dem Theilungsraum zu, und die Horizontalachse des Keils nach dem Hilus immer kleiner werdend, ganz entsprechend dem Gefäßgebiet der radiär verlaufenden Äste der Nierenarterie.

6) Die Nephrotomie ist nicht im Sektionsschnitt, sondern im Raum der natürlichen Theilbarkeit der Niere auszuführen. Man wird diesen am ehesten treffen durch einen Schnitt im mittleren Drittel der lateralen Nierenoberfläche parallel und etwa $^1/_2$—$^3/_4$ cm dorsalwärts vom Sektionsschnitt, etwas schräg,

ventralwärts, auf das Nierenbecken zu. Mit diesem Schnitt wird man einerseits in denjenigen Fällen, in denen das Nierenbecken sehr klein ist, am ehesten in dasselbe gelangen und andererseits die meisten Chancen haben, keine größeren arteriellen Äste zu durchschneiden, die Blutungen und die danach auftretenden Koliken auf ein minimales Maß herabzusetzen und vor Allem möglichst viel von dem lebenswichtigen Nierengewebe zu erhalten. (Selbstbericht.)

---

81) **Ringel** (Hamburg-Eppendorf). Die Diagnose der Nephrolithiasis durch Röntgenbilder.

Der Nachweis von Nierensteinen durch das Röntgenverfahren ist nur in einzelnen Fällen geglückt, während meist ein negatives Resultat erzielt wurde. Die Ursache liegt in der chemischen Verschiedenheit der Steine und der verschiedenen Durchlässigkeit derselben für Röngenstrahlen. Über Versuche, welche in dieser Richtung gemacht wurden, habe ich seiner Zeit im Centralblatt (1898 No. 49) berichtet. Dieselben ergaben, dass Oxalatsteine, in das Nierenbecken einer Leiche gebracht, deutlich sichtbar waren, Urate weniger, Phosphate als die für X-Strahlen durchlässigsten gar nicht.

Wagner, welcher in der Breslauer chirurgischen Klinik ähnliche Versuche gemacht hat (Centralblatt 1899 No. 8), kommt zu dem Schluss, dass die chemische Verschiedenheit der Nierensteine kein Hinderungsgrund sei, diagraphische Bilder von ihnen zu erhalten. Wagner legte die verschiedenen Nierensteinarten auf das Abdomen eines Lebenden und erhielt von allen deutliche Schatten. Diese Versuche lassen sich auf Nierensteine in situ nicht anwenden. Steine, welche wir nach der Extraktion auf das Abdomen desselben Pat. legten und diagraphirten, ergaben einen viel deutlicheren Schatten, als auf dem Aktinogramm, bei welchem der Stein in der Niere selbst sich befand. Von Steinen, die auf das Abdomen von Leichen gelegt wurden, erhielten auch wir deutliche Bilder, während in das Nierenbecken derselben Leiche gelegt, nur die relativ undurchlässigeren Steine mit Röntgenstrahlen sichtbar gemacht werden konnten. Eine genügende physikalische Erklärung für diese Erscheinung zu finden, ist bei der mangelnden Kenntnis von den physikalischen Eigenschaften der Röntgenstrahlen erschwert. Vielleicht findet, wenn der Stein von der ihrerseits den Strahlen Widerstand entgegensetzenden Niere fest umschlossen ist, eine weniger deutliche Schattendifferenzirung statt.

Das Resultat unserer Untersuchungen fassen wir in folgenden 3 Schlusssätzen zusammen:

1) Durch das Röntgenverfahren lassen sich in der Niere mit Sicherheit nur die seltenen Oxalatsteine nachweisen.

2) Der Nachweis von anderen Nierensteinarten, die für Röntgenstrahlen durchlässiger sind, gelingt nur unter besonders günstigen

Umständen, sei es, dass es sich um einen sehr dicken Stein handelt, oder dass die Durchleuchtungsverhältnisse des Pat. sehr günstige sind.

3) Das Röntgenverfahren ist in jedem Falle von Nephrolithiasis als diagnostisches Hilfsmittel anzuwenden. Beweisend ist jedoch nur ein positives Resultat, während aus dem Fehlen eines Nierensteinschattens auf dem Bilde nie auf Abwesenheit von Nierensteinen geschlossen werden darf. (Selbstbericht.)

82) **Braatz** (Königsberg). Zur Diskussion über die Röntgenaufnahmen von Nierensteinen.

Ein Fall von Nierenstein, in welchem B. die Nierenexstirpation machen musste, ist von Interesse für die Bedeutung der Zeit der Exposition bei der Röntgenaufnahme.

Es wurden vor der Operation zwei Aufnahmen gemacht. Die erste war in so fern eine misslungene, als auf der Platte die Rippen und Beckenknochen kaum erkennbar waren. Dagegen war das Bild des Steins ein vorzüglich deutliches; selbst die Verschiebungen der Umrisse beim Athmen waren scharf vorhanden. Bei der zweiten Aufnahme war das Bild der Knochen gut gelungen, dagegen aber vom Stein nicht die Spur zu sehen; die längere Belichtung hatte jetzt für die Knochen ihre Pflicht gethan, der weniger widerstandsfähige Nierenstein (Oxalstein) war dagegen durch die stärkere Belichtung durchdrungen und unsichtbar geworden. Man wolle also besonders bei Nierensteinen die Expositionszeit verkürzen. (Selbstbericht.)

83) **Müller** (Berlin). Demonstration eines durch Operation aus der Niere entfernten Steines von kohlensaurem Kalk nebst dem vorher aufgenommenen Röntgenbild.

In Vertretung von Dr. C. Lauenstein (Hamburg) legt Herr M. den Nierenstein eines 42jährigen Mannes vor, der durch Operation aus der rechten Niere entfernt worden ist; dazu das vorher aufgenommene Röntgenbild. Der Stein bestand aus kohlensaurem Kalk mit Spuren von Oxal- und Harnsäure. (Selbstbericht.)

84) **v. Samson-Himmelstjerna** (Pless). Demonstration von Cystinsteinen.

Die vorgelegten Nierensteine sind von Interesse, weil sie ihre Entstehung einer seltenen Stoffwechselanomalie, der Cystinurie, verdanken: Bis zum Jahre 1890 waren nur 60 Fälle von Cystinurie bekannt. Im genannten Jahre wiesen Brieger und Steinthal nach, dass Cystin und gewisse Ptomaine (Kadaverin) zusammen im Harn vorkommen, und daher die Krankheit auf eine abnorme Darmgärung, eine Darmmykose zurückzuführen sei. Bei der Kranken, welche die Trägerin

der vorgelegten Steine war, besteht die Cystinurie nachweislich über 15 Jahre und hat in Folge von Steinbildung in der linken Niere zahllose Koliken verursacht. Seit einem Jahre hat die Steinbildung linkerseits aufgehört, um sofort rechterseits in der seit der Kindheit bestehenden Wanderniere einzusetzen. In dieser Niere konnte Vortr. im letzten Sommer die Steine fühlen und im Februar a. c. durch Sektionsschnitt 6 Steine aus der Niere entfernen. Die Steine im Gesammtgewicht von 15 g lagen in den erweiterten Kelchen, tief in der Nierensubstanz. Der eine große Stein hatte die Nierenrinde bis zur drohenden Perforation verdünnt. Die Beschwerden seitens der kranken Niere schwanden nur theilweise nach der Operation, da der rechte Harnleiter durch eine Dermoidcyste des rechten Ovariums komprimirt wurde. Erst nach Entfernung der Cyste schwanden die krankhaften Erscheinungen der rechten Niere, und der bis dahin stets trübe, reichlich Eiter und Epithelzellen absetzende Harn hellte sich auf, die Cystinausscheidung aber dauerte fort. Es hat in diesem Falle jahrelang chronische Stuhlverstopfung bestanden, begünstigt durch Verlegung des Mastdarms durch die pralle Cyste. Es lagen also Verhältnisse vor, welche die Cystinausscheidung nach Ansicht von Brieger und Steinthal begünstigen würden.

(Selbstbericht.)

---

85) **M. Wilms** (Leipzig). Ursprung der Nierenmischgeschwülste.

Die im Kindesalter verhältnismäßig häufig beobachteten komplicirt zusammengesetzten Nierentumoren zeichnen sich durch ein auffallend rapides Wachsthum aus und geben durchweg eine schlechte Prognose.

Über den Bau dieser Neubildungen ist eine Einigung bis jetzt nicht erzielt; es ist nur von allen Seiten immer wieder betont worden, dass das mikroskopische Bild dieser Geschwülste ein äußerst wechselndes ist. Die Einen fanden epitheliale drüsige Elemente, Andere quergestreifte Muskulatur, andere Sarkommassen, wieder Andere Knorpel oder Kombinationen von verschiedenen Geweben. Diejenigen, welche epitheliale Elemente als Hauptbestandtheil entdeckten, zählen die Geschwülste zu den Carcinomen, Andere wegen der Ähnlichkeit mit einem Rundzellensarkom zu den Sarkomen, wieder Andere bezeichneten sie als Rhabdomyome wegen der Beobachtung von quergestreifter Muskulatur. Also je nach dem Befund des Einzelnen in dem von ihm untersuchten Präparat wurde die Bezeichnung gewählt. Dass neben diesen für die Benennung vermeintlich maßgebenden Bildungen noch oft andere Gewebe vorkamen, wurde von Einzelnen wohl erwähnt, doch wurden diese mehr oder minder vernachlässigt.

Fand man z. B. neben dem heterologen Gewebe der quergestreiften Muskulatur drüsige Bildung und Fettgewebe oder glatte Muskulatur, so leitete man die drüsigen Bildungen von Nierenkanälchen oder dem Epithel des Nierenbeckens, die glatte Muskulatur und das Fett-

gewebe von der Niere selbst ab und beschäftigte sich nur genauer mit den quergestreiften Fasern, für die man annahm, dass sie entweder durch eine Keimversprengung, wie Cohnheim zuerst ausgesprochen, in die Niere gelangt seien, oder durch eine Metaplasie aus glatten Muskelfasern sich bildeten.

Man fasste also den Tumor nicht als etwas Einheitliches auf, sondern nahm für die einzelnen Gewebe die verschiedenste Herkunft an.

Hier wurde zuerst ein besseres Verständnis durch die Untersuchungen Birch-Hirschfeld's angebahnt, dessen Studien sich hauptsächlich auf die drüsigen Elemente erstreckten. Drüsenkanäle der Geschwülste, die man früher als zufällig in den Tumor hineingerathene Nierenkanälchen auffasste, haben nach den Befunden Birch-Hirschfeld's nichts mit der Niere selbst zu thun, sondern sind eben so wie etwa vorhandene quergestreifte Muskulatur von außen in die Niere versprengt, und zwar, wie Birch-Hirschfeld glaubt, aus dem Wolff'schen Körper, der Urnierenanlage.

Mit dieser Versprengung aus dem Wolff'schen Körper glaubt Birch-Hirschfeld in erster Linie eine Erklärung für das Vorkommen der Drüsenbildungen gegeben zu haben, weiter aber auch sind es die quergestreiften Muskelelemente, da er, einer alten Ansicht von Eberth folgend, annimmt, dass im Wolff'schen Körper quergestreifte Muskelfasern vorhanden sind.

Diese letztere Ansicht ist nun nicht richtig, da weder im Wolffschen Körper noch in den aus ihm hervorgehenden Organen quergestreifte Muskelelemente vorkommen. Es können also diese Tumoren nicht allein aus dem Wolff'schen Körper abstammen. Wir müssen demnach für unsere Geschwülste nach einer anderen Herkunft suchen, zumal auch das zeitweilige Vorhandensein von Knorpel in den Neubildungen nicht mit einer Abstammung aus dem Wolff'schen Körper oder der Urnierenanlage zu vereinigen ist.

Bevor wir hier Antwort geben, bedarf das Wachsthum und der Bau der kindlichen Nierentumoren und das Verhältnis dieser Geschwülste zu ihrer Umgebung einer kurzen Revision.

Während man früher annahm, dass die kindlichen Mischtumoren der Niere die Niere selbst bei ihrem Wachsthum zerstörten, hat sich zur Zeit die richtige Anschauung Bahn gebrochen, dass die Neubildung wie ein fremdartiger Organismus in der Niere wuchert und die Niere bei Seite drängt, so dass sie immer noch an der Kapsel oder am Hilus flach komprimirt nachweisbar ist. Sie ist durch eine Art Kapsel von dem Tumorgewebe getrennt, eine Kapsel, die aber weiter nichts ist, als zusammengepresstes Nierengewebe. In ganz seltenen Fällen, es sind deren 2 beschrieben, liegen diese Mischgeschwülste außerhalb der Nierenkapsel, also auch völlig ohne Zusammenhang mit dem Nierengewebe. (Demonstration.)

Kommen die innerhalb der Niere wachsenden Tumoren bei weiterem Fortschreiten an das Nierenbecken heran, so wuchern sie in dieses zottenförmig hinein.



Betrachten wir nach dieser kurzen makroskopischen Skizze den Bau der Neubildungen im mikroskopischen Bilde, so möchte es auf den ersten Blick scheinen, als ließen sich bei der Verschiedenheit der Bilder die Geschwülste kaum unter eine gemeinsame Gruppe zusammenfassen.

Es findet sich dort nämlich bald rundzellensarkomähnliches Gewebe, bald Bindegewebe mit glatter Muskulatur, bald Knorpel oder quergestreifte Muskelfasern, oder endlich öfters Drüsenbildung, die in dem rundzellensarkomähnlichen Gewebe darin liegen. Nehmen wir nun, der gewöhnlichen Anschauung folgend, an, dass alle diese verschiedenen Gewebe durch eine Versprengung fertiger Gewebszellen in eine Niere hineingelangt sind und denken uns diese Gewebe für sich weiter wuchernd, so ist es klar, dass alle einzelnen Gewebsarten, wenn sie sich durch Theilung vermehren, auch stets in Zusammenhang mit einander bleiben müssen. Die Geschwulst müsste bei einem solchen Wachsthum ihrer Gewebe aus Knoten mit verschiedenen Gewebsarten sich aufbauen.

In einer solchen Weise, dass also an einer Stelle die quergestreifte Muskulatur, an anderer die Drüsen etc. liegen, sind unsere Mischtumoren aber niemals zusammengesetzt, sondern bei genauerer Besichtigung zeigt sich, dass in allen möglichen Regionen der Tumoren völlig unabhängig von einander bald die Drüsen, bald die quergestreiften Fasern, bald Knorpel, bald Fettgewebe auftaucht, und zwar sich immer herausdifferenzirt genau wie beim Embryo aus einem für unser Auge nicht als irgend wie specifisch zu definirendem Keimgewebe.

Auf Grund dieser Thatsache dürfen wir uns also nicht das Wachsthum der Tumoren so darstellen, als vermehrten sich fertige Gewebe durch weitere Theilung, sondern wir müssen als Grundlage unserer Studien von dem Gedanken ausgehen, dass in den Nierenmischtumoren ein undifferenzirtes Keimgewebe wächst, aus dem sich die verschiedenen vorkommenden Elemente herausdifferenziren.

Ein solches Keimgewebe lässt sich an einzelnen Stellen der Peripherie unserer Tumoren gewöhnlich nachweisen an den Stellen, an denen die jüngsten Wachsthumsstadien sich finden, z. B. auch in den ins Nierenbecken einwuchernden Geschwulstzotten.

Dieses junge Keimgewebe gleicht einem jungen zellreichen Gewebe mit Spindelzellen und einzelnen Rundzellen, deren Wachsthum und Entwicklung durch vorliegende Tafeln erklärt wird.

Verfolgen wir im Einzelnen den Gang der Entwicklung des Keimgewebes für sich, so lässt sich konstatiren, dass die rundzelligen Elemente, die zuerst ungeordnet etwa wie in einem Rundzellensarkom zusammenlagern, anfangen sich zu ordnen, indem sie, aufsitzend auf feinen bindegewebigen Septen, kleine Gruppen bilden. Die Zellen stellen sich in diesen Gruppen dann radiär, sie werden kubisch, ihr Protoplasma ordnet sich derart, dass es ein Lumen im Centrum der Gruppe umschließt, und so ist aus dem ungeordneten

vermeintlichen Rundzellensarkom eine kleine epitheliale Cyste oder ein Kanal geworden.

Mittlerweile geht mit den Spindelzellen auch eine Veränderung vor sich: es bildet sich nämlich aus ihnen ein lockeres, einem Schleimgewebe ähnliches Stroma. Dieses Schleimgewebe grenzt sich mehr und mehr gegen die epithelialen Elemente ab, und der ganze Tumor erhält dadurch einen deutlich alveolären Bau.

Dieses Schleimgewebe ist jedoch kein fertiges normales Schleimgewebe, sondern, wie sich an seiner weiteren Differenzirungsfähigkeit zeigt, ein embryonales Zellgewebe.

Denn es entstehen in dem embryonalen Schleimgewebe die verschiedensten Bindegewebsformationen: fibröses, derbes, elastisches Gewebe, glatte Muskulatur, Knorpel, Fett und endlich schöne quergestreifte Muskelfasern. — Es bilden sich also in dem lockeren Stroma die ganzen Formen des Bindegewebes und dazu noch quergestreifte Elemente.

Wächst nun das oben genannte Keimgewebe, während sich ein Theil der Zellen in dieser angeführten Weise differenzirt, immer als solches auch für sich weiter, so bilden sich immer wieder neue Herde mit den verschiedenen Zellformen, und die Thatsache, dass wir in unseren Geschwülsten unabhängig von einander aus dem Stroma an den verschiedensten Stellen die verschiedenen heterologen Produkte entstehen sehen, wird mit dieser Annahme eines wuchernden Keimgewebes verständlich. Auch in Metastasen lässt sich übrigens in der Regel die ganze Summe der Gewebselemente nachweisen, zum Zeichen, dass auch in den Metastasen die Zellen der Keimgewebe wuchern und dort ihre Differenzirungsfähigkeit entfalten.

Haben wir in dieser Weise die mikroskopischen Zusammensetzungen der kindlichen Nierenmischtumoren, und ich betone, dass die komplicirten Nierentumoren die genannten Gewebe, wenn auch in etwas verschiedener Vollständigkeit und Entwicklung, alle enthalten, so wird unsere nächste Frage sein, wie muss das primär wuchernde Keimgewebe, welches solche Wachsthumseigenschaften entfaltet, beschaffen sein, welcher Art Zellen muss es enthalten?

Hier müssen wir einen kleinen Streifzug in das Gebiet der Entwicklungsgeschichte unternehmen.

Betreffs der Abstammung der drüsigen Bildungen schließe ich mich zunächst der Ansicht Birch-Hirschfeld's an, der sie in Zusammenhang bringt mit der Urniere; aber wohl gemerkt: nur für die Drüsen gilt dies; allerdings nicht in dem Sinne wie Birch-Hirschfeld meint, dass die fertigen Drüsen das Primäre wären, die Rundzellenhaufen eine sekundäre atypische Wucherung einer Drüsenanlage, sondern mit der Deutung, dass sich die Drüsen aus den rundzelligen Haufen, wie normalerweise die Urnierenkanäle aus den Urnierenblasten, herausdifferenziren. Die Drüsen stammen also, was man durch Vergleich der mikroskopischen Bilder mit Sicherheit feststellen kann, von der Urniere ab.

Woher kommen nun die übrigen Gebilde, zunächst die quergestreiften Muskelfasern? Früher glaubte man, dass sie durch Metaplasie aus den glatten hervorgehen könnten, doch ist die Ansicht auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Thatsachen absolut nicht haltbar. Es ist nämlich durch die embryologischen Untersuchungen speciell der letzten Jahre mit Sicherheit erwiesen, dass alle quergestreiften Muskelelemente des ganzen Körpers von dem sogenannten Ursegment abstammen, dem epithelialen Produkt des mittleren Keimblattes. Die glatte Muskulatur hingegen stammt mit allen bindegewebigen Gewebsformen von den sogenannten Mesenchymzellen ab, die sich schon morphologisch und genetisch in ihrer ersten Entwicklung von den eigentlichen Keimblättern sondern. Ist aber, wie nachgewiesen, nur das Ursegment im Stande, quergestreifte Elemente im Körper zu bilden, so müssen wir die quergestreiften Fasern in unseren Tumoren auch vom Ursegment ableiten.

Bringen wir nun die drüsigen Bildungen mit der Urniere, die quergestreiften Muskelfasern mit dem Ursegment in Verbindung, so fehlt uns nur noch ein Keimgewebe für die verschiedenen Bindegewebsformationen, wie Knorpel, Fett, elastisches Gewebe, glatte Muskulatur. Wir wissen aber, dass alle diese Gewebe sich aus Mesenchymkeimen entwickeln, einer ganz specifischen Zellform, aus dem der ganze Stützapparat des Körpers sich differenzirt.

Auf Grund dieser Thatsache kommen wir nun einen wesentlichen Schritt weiter in der Frage nach dem Ursprung der kindlichen Nierenmischtumoren. Jedoch müssen wir eine kurze entwicklungsgeschichtliche Repetition vornehmen.

Nachdem beim Embryo aus dem äußeren und inneren Keimblatt das mittlere Keimblatt sich gebildet hat, gehen in diesem ganz bestimmte Differenzirungsvorgänge vor sich; und zwar bilden sich aus dem mittleren Keimblatt, je nach der Körperregion wechselnd, eine Reihe specifischer Anlagen. In der Urnierenregion entstehen aus dem mittleren Keimblatt die Ursegmente und die Seitenplatten. Aus den Seitenplatten bildet sich die Zwischenplatte oder Urnierenanlage, und endlich entstehen durch Auswanderung aus dem Ursegment Mesenchymanlagen, speciell das Skleroderm.

Aus den Ursegmenten bilden sich nun, wie erwähnt, alle quergestreiften Muskelfasern, aus der Zwischenplatte die Urnierenanlage und aus den Mesenchymkeimen die verschiedenen Bindegewebsarten mit Knorpel, glatter Muskulatur etc. Da alle diese Organanlagen aber aus dem Mesoderm abstammen, und wir andererseits vorhin konstatirten, dass in den Nierenmischgeschwülsten ein Keimgewebe wächst, welches ebenfalls aus dieser heraus 1) Elemente der Ursegmente, die quergestreiften Muskelfasern, 2) Elemente der Zwischenplatte, und 3) die verschiedenen Entwicklungsformen des Mesenchyms, fibröses, elastisches Bindegewebe, Schleimgewebe, Fett, Knorpel und glatte Muskulatur zu bilden im Stande ist, so müssten wir naturgemäß wegen der gleichen Differenzirungs- und Entwick-

lungsfähigkeiten das Keimgewebe der Tumoren den Mesodermzellen gleichsetzen. Mit anderen Worten, das Keimgewebe der Nierenmischgeschwülste muss ein mesodermales Gewebe sein. Diese Tumoren sind demnach, wenn wir sie so nennen wollen, mesodermale Geschwülste.

Wir schließen uns damit zum 1. Male in der Frage der Entstehung der Mischtumoren streng an entwicklungsgeschichtliche Wachsthumsvorgänge an.

Der Konnex dieser Tumorenbildung mit normalen Entwicklungsvorgängen ist sogar ein so enger, dass nicht nur die Mischgeschwülste der Nieren, sondern auch die anderer Körperregionen immer mit den für diese Region charakteristischen normalen Wachsthumsvorgängen korrespondiren. Es lässt sich dieses an einer Reihe von Geschwulstgruppen, wie Scheiden-, Uterustumoren etc. klarstellen.

Wegen genauerer Auseinandersetzungen obiger Fragen und Bau und Ursprung anderer Mischgeschwülste verweise ich auf eine im Erscheinen begriffene Monographie: »Die Mischgeschwülste«. Leipzig, A. Georgi, 1899. (Selbstbericht.)

---

86) **Krönlein** (Zürich). Demonstration eines mächtigen multilokulären Cystentumors der linken Niere, welcher durch Operation einer 38jährigen Frau im 3. Monat der Gravidität gewonnen wurde.

Der Nierentumor wog nach der Exstirpation über 17 Pfund und hatte mehr als die Hälfte der Bauchhöhle eingenommen. Er erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein eigentliches Neoplasma der Niere, das vielleicht am besten als ein multilokuläres Fibro-Adenokystom zu bezeichnen ist und jedenfalls durchaus von der bekannten, angeborenen und meist beiderseitig vorkommenden Cystenniere der Kinder und auch der Erwachsenen zu trennen ist. Diese Art von Nierentumor ist unzweifelhaft außerordentlich selten; es ist K. nicht gelungen, eine ähnliche Beobachtung in der Litteratur zu finden; am ehesten erinnert an seinen Fall noch die Beschreibung, welche Dr. Paul Witte in seiner ausgezeichneten, unter Prof. Dr. Nauwerck in Königsberg i/Pr. gearbeiteten Dissertation von einem Präparat giebt, welches Dr. Rehfeld durch Nephrektomie bei einer 50jährigen Frau gewonnen hatte. (Dr. P. Witte, Erworbenes multilokuläres Adenokystom und angeborene cystische Entartung der Nieren. Inaug.-Diss., Königsberg i/Pr., 1896.) Doch sind die beiden Fälle in wichtigen anatomischen Punkten durchaus verschieden. Die genauere Mittheilung der Beobachtung von K. wird demnächst erfolgen. Hier sei nur noch bemerkt, dass die Pat. am 9. August 1898 operirt und durch die Operation geheilt wurde. Sie lebt gegenwärtig (Ende April 1899) vollständig gesund. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Küster (Marburg) hält die Nephrektomie bei Cystenniere nach wie vor für eine nicht erlaubte Operation, da die Heilung meist nur eine scheinbare sein wird. Wenn wegen der Schmerzen operirt werden muss, sollte es nur nach Abtastung der anderen Niere geschehen, und dann nicht exstirpirt, sondern eine möglichst große Zahl von Cysten durch den Sektionsschnitt entleert werden.

Braatz (Königsberg) erwähnt bezüglich der Röntgogramme von Nierensteinen, dass es nach seiner Erfahrung durchaus nothwendig sei, verschiedene Aufnahmen zu machen und dabei die Expositionszeit zu variiren.

Steiner (Berlin) berichtet von einem Pat., der an rechtsseitiger Cystenniere leidet, dessen Vater und Schwester an doppelseitiger cystischer Degeneration der Nieren zu Grunde gegangen sind. Bei einem zweiten Pat. sind ebenfalls Familienerkrankungen vorhanden. Gegenüber der von Küster empfohlenen Incision der Cystenniere hat er die Befürchtung, dass dieselbe das Allgemeinbefinden der Pat. zu ungünstig beeinflusse. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

87) **Jordan** (Heidelberg). Die Entstehung perirenaler Eiterung aus pyämisch-metastatischen Nierenabscessen.

Die Entstehung der sog. primären akuten eitrigen Paranephritis aus pyämisch-metastatischen Nierenabscessen wurde neuerdings als wahrscheinlich angenommen, ist aber bis jetzt nicht sicher bewiesen Vortr. war in der Lage, 3 Beobachtungen zu machen, aus denen ein solcher Zusammenhang unzweifelhaft hervorgeht.

Der 1. Fall betraf einen 36jährigen Mann, der im Anschluss an einen Karbunkel der Glutäalgegend unter hohem kontinuirlichem Fieber und schweren Allgemeinerscheinungen an beiderseitiger, etwas schmerzhafter Nierengeschwulst erkrankte. Die rechterseits vorgenommene Nephrotomie ergab einen taubeneigroßen Abscess an der Hinterseite im Nierenparenchym; Nierenkapsel dabei intakt. Nach der Eiterentleerung rascher Rückgang des Fiebers und Verschwinden des linksseitigen Nierentumors, bei dem es sich danach nur um eine entzündliche Schwellung gehandelt haben kann. Der Urin enthielt weder vor noch nach der Operation Eiter, war vielmehr stets völlig klar. Ohne weitere Komplikationen trat vollständige Heilung ein.

Im 2. Falle handelte es sich um eine 24jährige Frau, die nach Abheilung eines Panaritiums des Mittelfingers von hohem, kontinuirlichem Fieber und unbestimmten Schmerzen in der rechten Seite befallen wurde. 14 Tage nach Beginn ließ sich eine beträchtliche Vergrößerung und Druckempfindlichkeit der rechten Niere konstatiren. Bei der Incision zeigte sich eine Verwachsung und entzündliche Infiltration der Nierenfettkapsel und an dieser Stelle im Nierenparenchym ein kleinapfelgroßer Abscess, dessen Eiter eine Reinkultur

von Staphylococcus pyogenes aureaus enthielt. Der Urin war stets klar. Glatte Heilung. Es lag also ein metastatischer Nierenabscess mit Übergreifen auf die Fettkapsel vor.

Im 3. Falle stellten sich bei einem 27jährigen Mann nach Heilung einer Fingerquetschwunde, die mehrere Wochen geeitert hatte, Fieber und Schmerzen im linken Hypochondrium ein. Trotz der Wahrscheinlichkeit der Existenz eines Eiterherdes in der linken Niere wurde exspektativ behandelt, da die Krankheitserscheinungen keine sehr intensiven waren. 10 Wochen nach Beginn des Leidens entwickelte sich ein paranephritischer Abscess, der in der Lumbalgegend nach der Oberfläche sich ausdehnte. Nach der Eröffnung desselben erfolgte Heilung. Der Eiter enthielt den Staphylococcus aureus in Reinkultur. Obwohl keine direkte Inspektion der Niere bei der Operation vorgenommen wurde, sprach doch der klinische Verlauf mit größter Wahrscheinlichkeit für eine primäre Lokalisation der Eitererreger in der Niere selbst. Der Urin war stets normal.

Aus den Beobachtungen des Vortr. ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

1) Neben den multiplen, als Theilerscheinung allgemeiner Pyämie auftretenden kleinen Eiterherden **kommen im Nierenparenchym isolirte größere Abscesse als alleinige Folge einer pyogenen Allgemeininfektion vor**, die als solche ein charakteristisches Krankheitsbild erzeugen.

2) **Derartige Nierenabscesse können sich nach außen entwickeln, in die Nierenfettkapsel durchbrechen und zu eitriger Paranephritis führen.**

Ist die Infektion keine sehr stürmische, dann kann die Nierenmetastase selbst dem Nachweis entgehen und der paranephritische Abscess als scheinbar primärer in den Vordergrund treten.

3) **Durch frühzeitige Nephrotomie kann man der Entwicklung der Paranephritis vorbeugen.** (Selbstbericht.)

---

88) **Wörner** (Gmünd). Zur Operation von Ovarialkystomen von ungewöhnlicher Größe.

Die Beobachtung erstreckt sich auf 4 Fälle von Tumoren von 60—110 Pfund bei 4 Frauen im Alter von 52—76 Jahren. In 1 Falle war nur die Punktion gestattet, 1 Fall kam 2 Tage nach der spontanen Ruptur zur Operation und ist gestorben, 2 weitere Fälle bei 72 resp. 76 Jahre alten Frauen sind operirt und genesen, obwohl die erstere an schweren Bronchiektasien litt. Als Folge der Druckentlastung trat 1mal blutiger Durchfall ein, der bald spontan stand. 14 Tage nach der Operation war sehr reichliche Diurese, 3 Liter und mehr in 24 Stunden, bei rascher Abnahme der riesigen Ödeme zu beobachten. Beim letzten Falle, 76 Jahre alte Frau mit einem Tumor

im Gewicht von 1 Centner, trat 15 Tage nach der Operation eine gefährliche Bronchitis auf, die sehr rasch durch manuelle Ausstoßung der Expektoration durch stoßweises Empordrängen des Zwerchfells und Herausbefördern von großen Schleimpfropfen beseitigt werden konnte.

Die Operation war in allen Fällen leicht, Verwachsungen nur mit den Bauchdecken vorhanden, die bei unverletzter Cyste leicht gelöst werden konnten. Die sehr dünnen, überschüssigen Bauchdecken wurden durch Matratzennähte in einer großen, stehenden Falte fixirt, auf die Seite geklappt und in einen festen Verband hereingenommen. Sie haben sich im Verlauf von einigen Monaten ausgeglichen, es hat sich wieder reichliches Fettpolster entwickelt, ein Bauchbruch ist nicht eingetreten. Auch die Glockenform des Thorax hat sich bei den alten Frauen wieder ganz ausgeglichen. (Selbstbericht.)

---

89) **Borchardt** (Berlin). Demonstration von Aneurysmen.

1) Spontanes arteriell-venöses Aneurysma der Poplitea.

Das Präparat stammt von einem 42jährigen Manne, der vor 20 Jahren einen komplicirten Bruch des linken Unterschenkels erlitten hatte. An der Bruchstelle entwickelten sich von Zeit zu Zeit Phlegmonen, so dass Pat. das Bein nicht gebrauchen konnte. Januar 1899 neue Phlegmone, Pat. bittet um Absetzung des Gliedes; dieselbe wird jedoch abgelehnt, die Phlegmone incidirt und schnell zur Heilung gebracht. 1. Februar 1899 plötzlich unvermuthet Erscheinungen von Arteriothrombose im rechten Bein, schnell fortschreitende Gangrän, so dass 36 Stunden nach den ersten Erscheinungen das bis dahin völlig gesunde Bein im Oberschenkel amputirt werden muss. Wunde bleibt offen, heilt langsam per granulationem. Am Präparat zeigt sich die Vena poplitea in ihren oberen zwei Dritttheilen total obliterirt, eben so weiter aufwärts die Femoralis bis zur Amputationsstelle und jedenfalls noch über dieselbe hinweg. Unterhalb der Kniekehle ist das Lumen der Vene verengt durch Verdickung der Intima und ein Netzwerk von Bindegewebsbälkchen, die von einer Wand zur anderen ziehen. Zwischen dem obliterirten und dem zuletzt beschriebenen Theil liegt ein ca. 6 cm langes Stück der Vene, das zwar nicht vollkommen obliterirt, aber doch für die Cirkulation unbrauchbar war. Es besteht aus einem System von stecknadelkopf- bis bohnengroßen Hohlräumen, die mit einander kommuniciren. In einer dieser Lakunen lag ein Thrombus; durch ein erbsengroßes Loch in der Venen- und Arterienwand pflanzt sich dieser Thrombus in die Arteria poplitea fort und hat zur Entstehung eine Thrombose der Arteria poplitea, ihrer sämmtlichen Äste und des unteren Theiles der Femoralis Veranlassung gegeben.

Wahrscheinlich hat es sich ursprünglich um ein kleines Aneurysma saccatum der Arterie gehandelt; durch den arteriellen Druck

ist erstens die Venenthrombose hervorgerufen, durch deren Organisation die Obliteration entstand, und zweitens die Perforation der Arterie in die Vene. Unglücklicherweise kam die Perforation zu Stande an einer Stelle, wo die Vene noch nicht völlig verschlossen war, so dass es in der Lakune zur Thrombenbildung kommen konnte.

Es handelt sich also um ein spontanes arteriell-venöses Aneurysma der Poplitea. Ein ätiologisches Moment für die Gefäßerkrankung, speciell ein Zusammenhang mit den Vorgängen am anderen Bein hat sich nicht finden lassen.

2) Aneurysma aortae abdominalis.

47jähriger Herr, der vor 17 Jahren mit Schmerzen im Rücken erkrankte, die als rheumatisch gedeutet wurden; vor 6 Jahren traten zu den alten außerdem noch Schmerzen im Verlaufe des linken Nervus cruralis. Auch diese wurden als Rheumatismus aufgefasst. Alle Medikamente waren erfolglos.

Seit einem Jahre bemerkte Pat. in der linken Seite des Leibes eine Geschwulst, die von seinen Ärzten als inoperables Beckensarkom erklärt wurde.

Bei der Aufnahme September 1898 wurde von uns ein ca. kindskopfgroßer cystischer Tumor konstatirt, der auf der linken Beckenschaufel aufsaß und sich in der Lendengegend durch minimale Vorwölbung derselben kundgab; es bestand eine sehr geringe Beweglichkeit des vorderen inneren Pols der Geschwulst, die nach unten bis fast zum Lig. Pouparti, nach innen bis fast zum Musculus rectus reichte. Probepunktion ergab reines Blut. Diagnose unklar. Beckensarkom ausgeschlossen; Verdacht auf Nierentumor mit Blutung oder abnorme Form der Hydronephrose. Incision durch schrägen Lendenschnitt, dessen vorderes Ende parallel der äußeren Hälfte des Lig. Poup. verläuft, schichtweise Durchtrennung der Muskulatur. Eröffnung der extraperitoneal gelegenen Cyste, aus der $^1/_2$—$^3/_4$ Liter flüssigen, bräunlichen Blutes stürzt. Austupfen derselben mit steriler Gaze. Wand der Cyste aus braunen Fibringerinnseln gebildet — Verdacht auf Aneurysma, aber nirgends eine blutende Stelle zu entdecken; es wird an Lumbal- oder Nierenarterie gedacht. Tamponade des großen Sackes. In der Folge 2mal mäßige Nachblutungen, deren Quelle nicht zu entdecken war. Die Sekrete hatten aus dem tiefen Sack nie guten Abfluss, es trat schnell eine Zersetzung der Blutgerinnsel ein; Pat. ging 14 Tage nach der Operation septisch zu Grunde, ohne dass man klar über die Genese des Leidens war.

Die Sektion ergab, dass ein faustgroßes Aneurysma der Bauchaorta dicht unter dem Zwerchfell vorlag. Der Sack lag rechts von der Wirbelsäule, die freiliegenden, arrodirten Wirbelkörper bildeten die Rückwand der Aorta. Links war dieselbe rupturirt; das austretende Blut hatte sich in das Lager der linken Nebenniere hineingewühlt und hier wieder eine faustgroße, ausschließlich aus Ge-

rinnselmassen bestehende Geschwulst erzeugt. Dieser Blutkuchen hinderte eine tödliche Blutung; er bildete quasi ein Filter, durch welches das Blut langsam die ganze hintere und seitliche Bauchwand hinabsickerte, ehe es schließlich oberhalb des Ligamentum Pouparti die kindskopfgroße Blutcyste bildete, die wir bei der Operation eröffnet hatten. Das Blut aus dem Aneurysma der Bauchaorta hatte also einen ähnlichen Weg genommen, wie ihn Senkungsabscesse der Niere einzuschlagen pflegen (Selbstbericht.)

---

90) **Bunge** (Königsberg i/Pr.). Zur operativen Behandlung der veralteten Ellbogengelenksluxationen.

Während Betreffs der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen bei veralteten Luxationen eine Einigung in so fern besteht, als der Grad der Funktionsstörung das ausschlaggebende Moment ist, gehen die Ansichten bei der Wahl der Operationsmethoden noch aus einander.

Vortr. berichtet an der Hand von 13 in der Königsberger Klinik behandelten Fällen veralteter Ellbogenluxation über die Resultate nach der in allen Fällen durchgeführten blutigen Reposition.

In einem Falle handelte es sich um eine isolirte Luxation des Radiusköpfchens nach vorn, das von einem vorderen Schnitt aus leicht zu reponiren war, in den übrigen Fällen um Luxation beider Vorderarmknochen nach hinten.

Von den bei den Operationen erhobenen Befunden verdienen zunächst die anscheinend sehr häufig zu findenden Absprengungen kleinerer und größerer Knochentheile Erwähnung; nur in 3 von den 13 Fällen wurden sie vermisst. Sie stammten meist von der Gegend der Epikondylen; ihre Zahl betrug in einem Falle 11.

Für die Prognose bedeutungsvoller ist das gleichzeitige Vorkommen des suprakondylären Querbruchs, der in 4 Fällen beobachtet wurde.

Vor Allem dann, wenn die Anheilung des unteren Humerusendes mit starker Abknickung nach vorn erfolgt, bleiben einerseits auch bei gelungener Reposition Funktionsstörungen zurück, da völlige Streckung nicht möglich ist, andererseits findet der Unterarm an dem Humerus nach der Reposition nicht den nöthigen Halt und kann leicht reluxiren. So kam es in einem Falle nach primär gelungener blutiger Reposition zu Reluxation, die sekundäre Resektion nothwendig machte. In allen übrigen Fällen blieb die Reposition erhalten.

Die Erklärung dafür, dass es in allen Fällen gelang, die blutige Reposition auszuführen, während bei 91 in der Litteratur zu findenden Fällen 60mal, meist wegen der großen der Reposition sich entgegenstellenden Schwierigkeiten, die Resektion ausgeführt werden musste, liegt wohl in der Operationsmethode. Dieselbe bestand darin, dass in 2 Fällen von einem dorsalen Schnitt mit temporärer Ab-

sägung des Olekranon nach Trendelenburg, in den übrigen Fällen von 1 oder 2 lateralen Längsschnitten aus die Gelenkenden unter Durchtrennung sämmtlicher Narbenstränge ausgedehnt skelettirt wurden, bis die Reposition gelang, und sämmtliche Bewegungen frei ausgeführt werden konnten. 3mal erwies sich dabei die Resektion des Radiusköpfchens als nothwendig.

Zur Erzielung eines guten funktionellen Resultats nach so ausgedehnter Skelettirung ist eine frühzeitige und energische Nachbehandlung nöthig. Dieselbe muss bei aseptischem Verlauf 3—5 Tage nach der Operation beginnen und lange Zeit fortgesetzt werden.

Die Resultate waren folgende: Über 2 noch in Behandlung befindliche Fälle lässt sich ein Urtheil noch nicht abgeben; 2 Pat. behielten ein ziemlich steifes Gelenk, da der Widerstand gegen die orthopädische Nachbehandlung nicht zu überwinden war; in 8 Fällen ist das Resultat so, dass die Pat. in keiner Weise im Gebrauch des Arms behindert sind. Der sekundär mit Resektion behandelte Kranke hat eine Behinderung der Streckung zurückbehalten.

Diese Resultate berechtigen jedenfalls zu der Empfehlung, die blutige Reposition als Normalmethode stets primär zu versuchen.

Es ist zu hoffen, dass auch an anderen Gelenken das hier angewandte Operationsprincip der ausgedehnten Skelettirung zu einer Einschränkung der Resektionen führen wird. Am Hüftgelenk liegen schon vereinzelte diesbezügliche Beobachtungen vor.

(Selbstbericht.)

---

91) **Katzenstein** (Berlin). Demonstration einer neuen Beckenstütze.

M. H. Wenn ich mir gestatte, Ihnen diese neue Beckenstütze, die seit einem halben Jahre in der Abtheilung meines Chefs, des Herrn Prof. Israël, in Gebrauch steht, zu demonstriren, so geschieht dies desshalb, weil ich bei nachträglicher Durchsicht der Litteratur keine fand, die auch nur annähernd die von mir an eine solche gestellten Forderungen erfüllt. Sie haben alle folgende Mängel:

1) Der Pat. hat für Kopf und Oberkörper keine feste Stütze und hat daher bei Anlegung des Verbands kein stabile Lage.

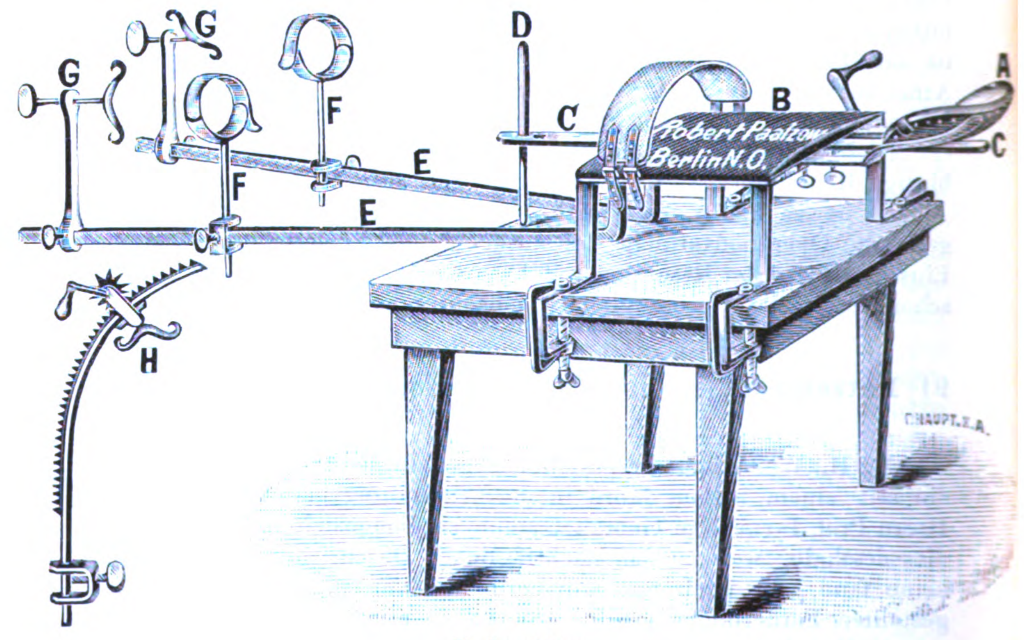
2) Der mit in den Gipsverband hineingenommene Theil der Beckenstütze ist nur schwer und zumeist mit Beschädigung des frisch angelegten Verbands zu entfernen.

3) Die erforderliche Zahl der Assistenten ist eine zu große und die jeweilige Stellung der Extremitäten keine konstante.

Diese Beckenstütze hat zunächst den Vorzug, dass sie leicht transportabel ist, auf jeden Tisch befestigt werden kann und dabei doch eine sichere Unterlage abgiebt.

Sie sehen hier einen viereckigen flachen kleinen Tisch (Fig. *B*), der zur Aufnahme des Brust- und Halstheils des Pat. dient. Von diesem Theil nach oben gehend und durch Schrauben verschieblich (Fig. *A*) eine Pfanne zur Aufnahme des Kopfes. Nach unten zu sehen

Sie hier den Beckentheil, der mit in den Gipsverband hineingenommen wird in Form einer horizontalen Stange (Fig. *C*), die an ihrer Unterfläche mit Zacken versehen ist und durch ein mit dieser (auf der Abbildung sichtbaren) Kurbel zu bewegendes Zahnrad leicht zurückgezogen werden kann. Dies geschieht, sobald der Gipsverband erhärtet ist. Ehe man jedoch diese horizontale Stange (Fig. *C*) aus dem Gipsverband herauszieht, muss man diese an ihrem unteren Ende befindliche senkrechte Stange (Fig. *D*), die zur Kontraextension dient, entfernen. Sie hindert zugleich ein Abbiegen der horizontalen Stange, wenn schwere Pat. darauf liegen. Weiterhin gehen von dem viereckigen Tisch (Fig. *B*) die Beinhalter aus (Fig. *E*), die in jeder Stellung durch Schrauben fixirt werden können, den unteren Extre-



Beckenstütze.

mitäten eine bequeme und sichere Unterlage bieten und doch vermöge ihrer eigenthümlichen Konstruktion (die Beine liegen hohl) die Anlegung des Gipsverbands nicht hindern. Sie sehen hier noch Stützen (Fig. *F*) für die Unterschenkel, die in jeder Höhe und Ebene fixirbar sind; hier Extensionsschrauben (Fig. *G*), ebenfalls verstellbar, und hier eine Vorrichtung zur Ausgleichung der Lordose. Ich habe nämlich beobachtet, dass, wenn man (nach Dollinger) die Wirbelsäule nach Ausgleichung der Lordose bei flektirter Extremität eingegipst hat, die Lordose um so weniger wieder eintritt, je langsamer man die Extremität streckt, und je mehr man während der Streckung extendirt. Diese gekrümmte Stange bildet das Segment eines Kreises, dessen Radius der Länge eines kleinen Kinderbeins entspricht (68 cm).

An ihrer konvexen Seite trägt sie Zacken, in die ein Zahnrad mit Extensionsvorrichtung hineinpasst.

Die Beckenstütze kann nicht allein bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen angewendet werden und ist außer bei Coxitis und allen Verbänden der unteren Extremitäten auch zur Anlegung von Gipsverbänden bei Spondylitis verwendbar. In letzterem Falle liegt der Kopf auf dem Theil *B*, Brust und Bauch auf *C*, die Beine auf den Beinhaltern. (Selbstbericht.)

---

92) **v. Büngner** (Hanau). Über die Tuberkulose der Symphysis ossium pubis.

Vortr. beschreibt auf Grund eigener und der spärlichen in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen das bisher fast unbekannte Krankheitsbild der Tuberkulose der Schambeinfuge, wie folgt:

Der Tuberkulose der Symphysis ossium pubis, welche mit derjenigen der Synchondrosis sacro-iliaca in Parallele zu stellen ist, kommt, gleich dieser, eine besondere chirurgische Bedeutung zu.

Sie tritt bei Individuen beiderlei Geschlechts, aber, wie es scheint, bei Weibern häufiger als bei Männern und nur in dem mittleren und höheren Lebensalter, nicht auch in der Kindheit auf.

Vorausgegangene Traumen begünstigen auch hier, wie bei anderen tuberkulösen Processen, das Entstehen der Krankheit.

Primärer Sitz der Erkrankung ist entweder der Faserknorpel der Symphyse selbst oder das ihr benachbarte Knochengewebe. Ersteren Falls nimmt sie vom Perichondrium oder der Gelenkspalte innerhalb des Knorpels als Perichondritis oder Chondritis tuberculosa, letzteren Falls vom blutreichen spongiösen Gewebe des horizontalen oder absteigenden Schambeinasts als Ostitis tuberculosa ihren Ausgang. Ist sie primär in der Symphyse lokalisirt, so greift sie doch regelmäßig frühzeitig auf die benachbarten Schambeine über; umgekehrt wird bei primärem Sitz in den Schambeinen binnen Kurzem die Symphyse ergriffen.

In Folge der Ansiedlung der Tuberkelbacillen in diesen Theilen und des durch sie angefachten chronischen Entzündungsprocesses kommt es alsbald und allemal zu einer ulcerösen Zerstörung der Knorpel- bezw. Knochensubstanz, zu einer eigentlichen Caries. Dabei präsentirt sich die Caries in diesen Fällen fast ausnahmslos unter dem Bild der Caries nekrotica, d. h. es kommt zur Loslösung kleinerer oder größerer Knochenfragmente, welche durch den cariösen Process außer Ernährung gesetzt werden, bevor es zur Einschmelzung gekommen ist, und nun als verschieden große, ein- oder mehrfache Sequester in zerklüfteten, mit schwammigen Granulationen ausgekleideten Hohlräumen liegend angetroffen werden. Die Tuberkulose im Bereiche des vorderen Beckenrings verläuft also meist in Form einer tuberkulösen Herderkrankung mit Bil-

dung von Sequestern und lakunärem Knochenschwund in der Umgebung.

Mit der Zeit kommt es in Folge eitriger Einschmelzung des Gewebes zur Bildung eines kalten tuberkulösen Abscesses, der einen Kongestionsabscess eigenthümlicher Art darstellt und, weil er Angesichts seiner typischen topographischen Lage und eigenartigen Konfiguration für das in Rede stehende Leiden charakteristisch ist, unsere besondere Aufmerksamkeit beansprucht.

Der Eiter hat nämlich das Eigenthümliche, dass er sich gewöhnlich über und hinter der Symphyse ansammelt, während die vor und unter derselben liegenden Theile frei bleiben. Er bildet solcherart einen supra- und retrosymphysär liegenden Abscess, der den mittleren Abschnitt der unteren Bauchgegend, d. h. die Regio pubica und die ihr zunächst liegenden Theile der Regiones inguinales, vorwölbt. Alle anderen Formen von Abscessen, die Senkung nach dem Damm, nach der Innenseite des Oberschenkels hin etc., sind sehr viel seltener.

Dabei ist weiter charakteristisch, dass die suprasymphysäre Vorwölbung keine gleichmäßige ist, sondern in der Mitte weniger hervortritt als in den Seitentheilen, wesshalb letztere durch eine sattel- oder muldenförmige vertikal gestellte Rinne von einander getrennt erscheinen. Ist der Eiter, wenn außer der Symphyse die Schambeine nur einer Seite in Mitleidenschaft gezogen sind, bloß auf einer Seite, also in der rechten oder linken Inguinalgegend angesammelt, so tritt dieses Verhalten zwar nicht so charakteristisch hervor, wie im ersten Falle, immerhin lässt sich auch dann noch deutlich erkennen, dass die Mitte der Unterbauchgegend weniger hervorgewölbt ist, als der ihr benachbarte seitliche Abschnitt. Hieraus erklärt sich, dass die Erkrankung in diesem Stadium so häufig für eine ein- oder doppelseitige Inguinalhernie genommen und den Pat. zunächst ein Bruchband verordnet wurde. In allen seither beschriebenen Fällen von Tuberkulose der Symphyse kam es zur Eiterung; eine Caries sicca derselben ist bisher nicht bekannt.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung pflegt der Eiter zu perforiren: es bilden sich tuberkulöse Fisteln. Diese liegen meistens an den Stellen der stärksten Prominenz des Abscesses oberhalb der horizontalen Schambeinäste; seltener befinden sie sich mitten über der Symphyse, zu beiden Seiten des Scrotums oder der großen Schamlippen oder an der Innenseite des Oberschenkels unterhalb des Poupart'schen Bandes.

Der klinische Verlauf der tuberkulösen Caries der Symphyse ist im Allgemeinen ein chronischer und mit mehr oder minder ausgesprochenen Störungen des Allgemeinbefindens verbundener. Hin und wieder lassen sich zugleich pathologische Veränderungen an anderen Organen, besonders an den Lungen nach-

weisen, die mit dem Leiden an der Symphyse in ursächlichem Zusammenhang stehen.

In loco macht die Erkrankung im Beginn entweder gar keine Erscheinungen oder sie verräth sich durch spontane dumpfe oder ziehende Schmerzen, welche meist nicht auf den Ort der Erkrankung beschränkt sind, sondern in die Umgebung, zumal in die Inguinalgegend, ausstrahlen. Man hat diese Schmerzen bisher, da das Krankheitsbild der Symphysencaries noch wenig bekannt war, meist für neuralgische gehalten; es ist jedoch zu beachten, dass es sich hier nicht um paroxysmenartige und auf den Verlauf bestimmter Nerven beschränkte, sondern um andauernde, wenngleich mit wechselnder Intensität auftretende Schmerzen handelt, welche — wenigstens im Anfangsstadium des Leidens — vom Pat. nicht genauer lokalisirt werden können. In einem Falle führten dieselben leichte Funktionsstörungen beim Gehen herbei, indem ein unwillkürliches Hinken sich ausbildete, in einem anderen Falle fiel, besonders beim Gehen, eine etwas steife, leicht vornübergebeugte Haltung auf, welche wohl dadurch zu erklären ist, dass die Pat. instinktiv, aus Furcht vor Schmerzen, die M. recti zu entspannen suchte, in wieder anderen Fällen waren die Schmerzen so heftig, dass die Pat. ihre Arbeit niederlegen mussten und, angeblich wegen Rheumatismus, auf das Krankenlager geworfen wurden.

Außerordentlich wichtig zur Sicherstellung der Diagnose in diesem frühen Stadium der Erkrankung vor der Abscessbildung ist der Nachweis eines direkten lokalen Druckschmerzes, einer Druckempfindlichkeit an Ort und Stelle bei der Betastung des vorderen Beckenrings von vorn oder von der Beckenhöhle aus. Ein solcher lokaler Druckschmerz, der in vorläufiger Ermangelung sonstiger Symptome einen Rückschluss auf die erkrankte Partie gestattet, ist in den meisten Fällen nachweisbar. Die Untersuchung auf denselben darf desshalb, eben so wie Behufs Feststellung einer Erkrankung der Synchondrosis sacro-iliaca, auch in diesen Fällen niemals unterlassen werden. Man palpirt am besten zunächst in Rückenlage des Pat. die Vorderfläche der Symphyse und der benachbarten Schambeinäste, sucht neben schmerzhaften Stellen zugleich nach Verdickungen oder Unregelmäßigkeiten, um dann sofort in derselben, bezw. in Steißlage, die Untersuchung per rectum resp. vaginam und die kombinirte Untersuchung anzuschließen. Diese ist am allerwesentlichsten. Der Druck, den der eingeführte Zeigefinger vom Rectum oder der Vagina aus auf die kranke Symphyse und die Nachbartheile ausübt, wird in der Mehrzahl der Fälle ungemein prägnant als Schmerz empfunden. Oft wird man zugleich ein leichtes Ödem, eine Auflockerung des Gewebes nachweisen können.

Von geringerer Bedeutung ist der indirekte Druckschmerz, der unter Umständen hervorgerufen werden kann, indem man die Darmbeinschaufeln umgreift und durch Kompression derselben die Schambeine gegen einander zu drängen sucht, da es auf diese Weise

nur in einem Theil der Fälle gelingt, an der verdächtigen Stelle Schmerz auszulösen.

Mit der weiteren Entwicklung des Leidens treten die Lokalveränderungen deutlicher hervor und erleichtern natürlich die Diagnose. Unter den diagnostischen Anhaltspunkten steht dann die durch den Kongestionsabscess gebildete Geschwulst an der Prädilektionsstelle oberhalb und hinter der Symphyse obenan. Während die Schmerzen sich mehr und mehr lokalisiren, entwickelt sich an der genannten Stelle ohne alle Entzündungserscheinungen die anfänglich kleine schmerzlose Geschwulst, welche bald langsamer, bald schneller an Größe zunimmt und in ihrem Ausbreitungsgebiet, so wie in ihrer Konfiguration die oben näher beschriebenen Eigenthümlichkeiten zeigt. Die Geschwulst lässt sich durch Druck verkleinern, indem man ihren eitrigen Inhalt verdrängt; mit Aussetzen des Drucks wird dieselbe wieder praller. Auch Veränderungen in der Stellung und Lage haben Einfluss auf dieselbe; so tritt dieselbe bei Anwendung der Bauchpresse deutlicher hervor.

Kommt es zur Fistelbildung, und kommt man bei der Sondirung der Fisteln auf die cariöse Symphyse, so ist natürlich die Diagnose gesichert.

Bisweilen, aber nicht gerade häufig, gelingt es auch, nach Zerstörung der Symphyse die Schambeine gegen einander zu verschieben. So wichtig selbstverständlich dieses Verhalten für die Diagnose sein kann, wenn der Versuch der Knochenverschiebung positiv ausfällt, so wenig darf man andererseits aus dem Fehlschlagen desselben folgern, dass eine Zerstörung der Symphyse nicht vorliegt. Sind doch die Verbindungen zwischen Kreuzbein und Darmbeinen bei Erwachsenen in der Regel so fest, dass eine Verschiebung der Darmbeinschaufeln und damit der Schambeine nur in Ausnahmefällen möglich ist. Daher kommt es auch, dass es — wie oben bemerkt — nur in einem Theil der Fälle gelingt, durch Zusammendrücken der Beckenschaufeln einen indirekten Druckschmerz am Ort der Erkrankung hervorzurufen.

A priori sollte man meinen, dass es nach vollständiger Zerstörung der Symphyse leicht sein müsse, an Stelle derselben einen klaffenden Spalt nachzuweisen und darauf die Diagnose zu begründen. Allein auch das ist keineswegs in allen Fällen möglich, weil die Symphyse von vorn durch straffe Fascien-, Muskel- und Bandmassen, von hinten durch den Abscess, tuberkulöse Gewebstrümmer und die Fascia transversa derart überlagert wird, dass der Nachweis eines klaffenden Spaltes oft weder bei der Betastung von vorn, noch bei einer solchen von der Beckenhöhle aus zu erbringen ist.

Dieses ist im Allgemeinen das Krankheitsbild bei der tuberkulösen Caries der Symphyse. Wir finden in demselben mancherlei Punkte, welche die richtige Diagnose erschweren können, wie wir denn oben bereits darauf hingewiesen haben, dass das Leiden im Beginn vor Auftreten des Kongestionsabscesses nicht selten für ein

neuralgisches genommen wurde, während es später, nach der Entwicklung des Abscesses, eine Hernie vortäuschte. Es wird sich desshalb empfehlen, hier noch in Kürze diejenigen Momente zusammenzustellen, welche uns in Bezug auf die differentielle Diagnose vor Irrthümern bewahren und zur Erkennung des Leidens führen können.

Welche Erscheinungen Neuralgien ausschließen lassen, ist früher bereits dargelegt worden. Hier ist desshalb nur noch die differentielle Diagnose des Symphysenabscesses gegenüber einer Hernie zu erörtern. Für die Annahme einer Hernie in diesen Fällen sprach: die Entwicklung einer schmerzlosen, oft deutlich fluktuirenden Geschwulst, das Fehlen jeglicher Entzündungserscheinungen, der Umstand, dass die Anwendung der Bauchpresse (Anspannung der Recti) dieselbe oft praller erscheinen ließ, endlich und namentlich der Sitz der Anschwellung. Gegen die Diagnose einer Inguinalhernie kommt dem gegenüber in Betracht: 1) dass die Geschwulst nicht nur ein- oder beiderseitig in der Inguinalgegend, sondern auch in der Mitte der Unterbauchgegend direkt oberhalb der Symphyse in Erscheinung tritt (Prädilektionsstelle des Symphysenabscesses), 2) dass die Geschwulst sich zwar auf Druck verkleinert, indem der Inhalt des Abscesses sich verdrängen lässt, dass sie aber niemals, wie bei einer Hernie, das Gefühl der gurrend zurückschlüpfenden und sich wieder vordrängenden Darmschlingen darbietet, 3) dass das Allgemeinbefinden der Pat. sich verschlechtert hat, und ein allmählich zunehmender Kräfteverfall eingetreten ist, 4) dass meistens noch andersartige tuberkulöse Processe, in den Lungen, in den Nieren, im Darm, in den Lymphdrüsen oder an anderen Knochen und Gelenken sich nachweisen lassen. Das Auftreten einer irreponiblen Geschwulst oberhalb des vorderen Beckenrings sollte daher im Anschluss an den Gesammtverlauf der Krankheit stets den Gedanken an eine tuberkulöse Caries der Symphyse wachrufen.

Die Prognose hängt, wie bei allen derartigen Processen, theils von den komplicirenden Organerkrankungen, theils und zwar wesentlich davon ab, ob der Erkrankungsherd vollständig beseitigt wird. Letzteres wird sich in diesen Fällen durch eine energische und radikale chirurgische Behandlung so gut wie ausnahmslos erreichen lassen.

Auch die Prognose quoad functionem ist in der Regel eine überaus günstige. Operirt man subperitoneal, so wird man einen vollständigen Ersatz des verloren gegangenen Knochens durch periostale Knochenneubildung erwarten dürfen.

Die Behandlung kann natürlich nur eine chirurgisch-operative sein. Je mehr die in Rede stehenden Fälle bekannt und je mehr diagnostische Irrthümer vermieden werden, desto frühzeitiger werden wir im Allgemeinen zur Operation derselben gelangen. Auf eine möglichst frühzeitige und radikale Operation kommt aber auch hier, wie bei der Tuberkulose der Synchondrosis sacro-iliaca,

Alles an. Mit Rücksicht auf eine ausgiebige Freilegung des Krankheitsherdes, so wie mit Rücksicht darauf, dass es Behufs gründlicher Ausräumung der Abscessmembran darauf ankommt, sich das Terrain über und hinter der Symphyse genau zur Anschauung zu bringen, empfehle ich eine breite Spaltung der Weichtheile mittels des von Bardenheuer angegebenen suprasymphysären Schnitts. Ist an den Schambeinästen Demarkation eingetreten, so hat man nach Loshebung des Periosts das ganze sequestrirte Stück oder die einzelnen kleineren Sequester herauszuheben; anderenfalls soll man in gehöriger Entfernung von den Grenzen des Herdes den Knochen durchsägen oder durchmeißeln. Eine sorfältige Ausschabung der tuberkulösen Granulationen, der Abscessmembran und etwaiger Fisteln hat dem Eingriff zu folgen. Daran schließt sich die breite Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze und die Anlegung eines gut deckenden Verbandes. Der Wundverlauf gestaltete sich in allen in dieser Weise operirten Fällen günstig, und die Wunde füllte sich von der Tiefe her mit guten Granulationen, nach deren Schrumpfung und Überhäutung eine feste, in der Mitte eingezogene Narbe zurückblieb. Die Heilung war eine dauernde; ein Recidiv ist, obschon bereits geraume Zeit seit der Operation verstrichen war, in den bisher bekannt gewordenen Fällen nicht eingetreten. (Selbstbericht.)

---

93) **Wörner** (Gmünd). Zur Gehbehandlung schwerer komplicirter Frakturen der unteren Extremität.

Bei leichteren komplicirten Frakturen genügen Gipsverbände, wie bei subkutanen, mit Hereinnahme der Gelenke. Bei schweren, mit ausgedehnten Weichtheilverletzungen, Splitterung etc. verbundenen Brüchen kann man erst nach wochenlanger, mühevoller Behandlung an die Gehbehandlung denken; sie ist aber um so nothwendiger, als vielfach bei den energielosen und geschwächten Kranken keine andere Behandlung die Beweglichkeit der Gelenke so schonend herbeiführt. Da die Konsolidation oft auf viele Monate sich verzögert, und während der ganzen Zeit fixirende Verbände nothwendig sind, sind Gelenke in denselben unerlässlich. Die bis jetzt bekannten Schienenapparate bewähren sich nicht, ausgezeichnet aber Schienenhülsenapparate aus Celluloidmull nach Landerer, die man sehr leicht selbst anfertigen kann. Fixirung und Extension wird vorzüglich erreicht, die Verbände sind sehr leicht, umfassen das Glied absolut fest und sicher, drücken nicht, weil der Druck auf das ganze Glied vertheilt wird. Das Celluloid ist gegen Wundsekrete unempfindlich, ein einziger Verband hält eine monatelang dauernde Behandlung, ohne defekt zu werden, aus, während derselben kann er nach Bedarf abgeändert werden. Die zur Anfertigung nothwendigen Gipsabgüsse müssen event. bei permanenter Extension abgenommen werden.

(Selbstbericht.)

---

94) **A. Narath** (Utrecht). Über eine typische Form von Hernia cruralis im Anschluss an die unblutige Behandlung der Luxatio coxae congenita.

N. berichtet über eine eigenthümliche, bei Kindern auftretende Art von Hernia cruralis, welche im Lauf der unblutigen Behandlung angeborener Hüftverrenkung entsteht. Die Hernie kam bis jetzt 6mal zur Beobachtung an 4 Pat. (1mal rechts, 1mal links, und 2mal doppelseitig) unter einem Krankenmaterial von 47 Pat. mit zusammen 65 luxirten Hüften. Vielleicht wird die Zahl der Hernien eine noch größere, da die Behandlung in den meisten Fällen noch nicht abgeschlossen ist. Die Kinder standen, als sie der Reposition unterzogen wurden, im Alter von 11 Jahren (Knabe mit Luxatio dextra), 7 Jahren (Mädchen mit Luxatio sinistra) und 8 Jahren (2 Mädchen mit Luxatio bilateralis).

In fast allen Fällen (5mal von 6) wurde begonnen mit einer Traktion am Bein (Schraube oder Händekraft); darauf folgte eine Abduktion bis ca. 90° unter Kneten und Drücken der Adduktoren und endlich die eigentlichen Repositionsmanöver nach Paci, Lorenz, oder nach ähnlichen Methoden. In Fall 1 gelang die Reposition erst nach einem zweiten Versuch. Eine nach 3 Monaten constatirte vordere Reluxation konnte durch Pelottendruck allmählich beseitigt werden. In Fall 2 kam es 2mal zur Reluxation nach hinten oben, so dass im Ganzen 3mal eingerenkt werden musste. Bei den Fällen 3—6 traten die Köpfe nach vorn und unten deutlicher vor als gewöhnlich, nahmen jedoch bei der allmählichen Steigerung der Adduktion von selbst wieder gute Plätze ein. Die Patt. blieben durch lange Zeit in Gipsverbänden (6—12 Monate).

Die Cruralhernien, die nicht vor dem ersten Halbjahr entdeckt wurden, zeigen alle den gleichen Typus. Sie entstehen mit 5—7 cm breiter Basis dicht unter dem Ligamentum Pouparti, liegen vor Arteria, Vena und Nervus cruralis und erstrecken sich mehrere Centimeter nach abwärts. Ihr Umriss hat ungefähr die Form eines Kreissegments, dessen Sehne mit dem Ligamentum Pouparti zusammenfällt und durch den Verlauf der Arterie annähernd halbirt wird. Die Hernien sind für gewöhnlich leer oder fast leer und füllen sich nur beim Husten oder Pressen. Das mag der Grund sein, dass sie bis jetzt von Anderen nicht beobachtet wurden. N. bespricht sodann die Topographie der Hernien und erwähnt, dass die Bruchpforte gebildet wird von einem schmalen Spalt, der zwischen Ligamentum Pouparti und den großen Schenkelgefäßen in der Lacuna vasorum sich gebildet hat. Der Spalt beginnt lateral etwa an der Vereinigungsstelle von der Fascia ileopectinea mit dem Ligamentum Pouparti und erstreckt sich medial bis nahe an das Ligamentum Gimbernati. N. konnte die beschriebene Hernia cruralis praevascularis leicht am Kadaver künstlich erzeugen. An der Leiche eines alten Menschen mit schlaffen Bauchdecken erkennt man den lateralsten Theil der

Lacuna vasorum sehr leicht von der Abdominalhöhle aus an einer schmalen Vertiefung dicht unter dem Leistenband. Diese Rinne lässt sich ohne besonders starken Druck sehr leicht mit dem Finger vertiefen; man gelangt alsbald durch die Lacuna vasorum vor die Gefäße und bringt am Oberschenkel eine Hernie mit breiter Basis zu Stande, die genau in Lage und Form mit den in vivo beobachteten Hernien übereinstimmt. Nach dem Kadaverexperiment würde die Hernie lateral von der Arteria epigastrica durch die Lacuna vasorum hervorkommen. Die Hernie liegt innerhalb der Vagina vasorum und zwischen den beiden Blättern der Fascia lata im Schenkeltrichter.

Die Ursache für das Entstehen der eigenthümlichen Hernien ist zu suchen in einer starken Schädigung der einzelnen Theile der Lacuna vasorum in Folge verschiedener mechanischer Insulte bei der unblutigen Behandlung der Hüftverrenkung. Als solche sind zu beschuldigen: Die starke Traktion am Bein, die starke Abduktion, das Kneten und Drücken der Adduktorenansätze und des Tensor fasciae latae, die Fixation des Beckens bei der eigentlichen Einrenkung, das Emportauchen des Kopfes in inguine, die Näherung der Ansatzstellen des Ileopsoas und Pectineus; die langdauernde Fixation der Hüfte im Gipsverband.

Durch die angeführten Momente wird eine Zerrung, Verschiebung, Lockerung und Atrophie im Bereiche der Lacuna und Vagina vasorum erzeugt, und so die Gelegenheit für das Ausstülpen des Peritoneums unterhalb des Ligamentum Pouparti gegeben. Die Details müssen im Original nachgesehen werden. (Selbstbericht.)

---

95) **A. Lorenz** (Wien). Über die bisherigen Erfahrungen mit der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksluxation.

Bisher sei allseitig bestätigt worden, dass es innerhalb gewisser Altersgrenzen möglich sei, den Schenkelkopf mit der rudimentären Pfanne in einen, je nach den vorliegenden anatomischen Verhältnissen, bald innigeren, bald oberflächlicheren Kontakt zu bringen, denselben also in jenem Sinne zu operiren, welcher für die kongenitale Luxation anatomisch möglich ist. Nur selten besteht eine annähernde Analogie mit der Reposition der traumatischen Luxation. Wenn in Folge des Größenmissverhältnisses der Gelenkskörper der Flächenkontakt derselben ein entsprechend circumscripter wird, so hat man dies auch Transposition genannt. L. hält diesen Ausdruck für unzulänglich, da er über die Lagebeziehung des Kopfes zur Pfanne gar keine Andeutung giebt, und spricht auch in diesem Falle von Reposition. Allerdings sei dieselbe unter solchen Umständen außerordentlich labil, was L. stets betont habe. Es handle sich nun um die Beantwortung der zweiten Frage, ob es nämlich ausnahmslos und unter allen Umständen gelingt, diese labile Reposition zu stabi-

lisiren, d. h. den in die Pfanne oder vielmehr auf die Pfanne reponirten Gelenkkopf auch für die Dauer an seinem neuen Standplatz zu erhalten. In dieser Beziehung hat L. in seinen ersten Mittheilungen stets nur von Hoffnungen gesprochen, und will nunmehr die Frage beantworten, in wie weit dieselben bisher in Erfüllung gegangen sind.

Vor Allem berichtet L. über die Unfälle, welche ihm bei der Ausübung seiner Methode bisher begegnet sind. Glücklicherweise sind dieselben nicht der Methode als solcher, sondern vielmehr ihrer unzeitgemäßen Anwendung zur Last zu legen. Einseitig luxirte Kinder jenseits des 10., und doppelseitig luxirte Kinder jenseits des 7.—8. Lebensjahres sind im Allgemeinen als der unblutigen Methode entwachsen zu betrachten. Auch innerhalb dieser Altersgrenze ist vor einer Forcirung schwieriger Einrenkungen zu warnen. Der schwerste Unfall (Gangrän des Oberschenkels) ereignete sich in Folge einer Obturation der Schenkelgefäße durch den in die Leiste dislocirten Schenkelkopf bei einem 13jährigen Mädchen; ferner kamen 10 Schenkelhalsfrakturen bei Pat. im Alter von 9—16 Jahren, außerdem eine Fraktur des horizontalen Schambeinastes und eine Infraktion der Darmbeinschaufel zur Beobachtung. 2mal wurde Peroneuslähmung, 5mal Quadricepsparalyse konstatirt. Sämmtliche Lähmungen gingen spontan zurück. 3 Chloroformtodesfälle beschließen die auf 360 Einrenkungsfälle sich erstreckende Unfallstatistik. An 22 Gelenken misslang die unblutige Einrenkung. Für die der unblutigen Methode entwachsenen Pat. kommt bei absoluter Operationsverweigerung die Paci'sche Stellungsverbesserung in Frage. Wird eine blutige Operation zugelassen, so empfiehlt L. in diesen Fällen (nach einem älteren Vorschlage Senger's) die Reposition mittels Arthrotomie, also ohne Pfannenvertiefung, vorzunehmen und die Nachbehandlung nach den Grundsätzen der unblutigen Einrenkung zu leiten. Die Vortheile dieses Verfahrens gegenüber der blutigen Reposition mittels künstlicher Pfannenvertiefung bestehen in der verminderten Gefahr einer bloßen Weichtheilsoperation, in den besseren Chancen der späteren Beweglichkeit und in der absoluten Ausschließung der Möglichkeit einer späteren Wachsthumshemmung des knöchernen Beckenrings. Was die unblutige Reposition betrifft, so bezeichnet L. die primäre (im ersten Verband erfolgende) Reluxation des Schenkelkopfes nach rückwärts als einen Kunstfehler, bedingt durch die Überschätzung der primären Stabilität der Reposition. Dieser Kunstfehler ist unter 360 Repositionen 15mal vorgekommen und wurde sofort wieder gut gemacht.

Auch die späteren (sekundären) Reluxationen nach hinten sind mit ziemlicher Sicherheit zu vermeiden. Hingegen kommen vordere Reluxationen nach oben recht häufig vor; dieser Umstand wurde erst durch die aktinographische Kontrolle der erlangten Resultate aufgedeckt und hat anfänglich eine große Enttäuschung bereitet. Glücklicherweise war dieselbe vorwiegend eine theoretische; denn

die vordere Reluxation nach oben stellt ein anatomisch zwar mangelhaftes, funktionell jedoch immer noch ganz brauchbares, oft sogar ausgezeichnetes Behandlungsresultat vor, da das Becken nunmehr an seiner vorderen Fläche eine direkte, knöcherne Unterstützung gefunden hat. Zur Beantwortung der Frage nach der augenblicklichen Häufigkeit der vorderen Reluxation nach oben hat L. 135 Aktinogramme, welche von seinen ältesten und ersten Repositionen stammen, auf den relativen Hochstand des Schenkelkopfes zum Pfannencentrum, welches etwas Weniges oberhalb der Sitz-Darmbeinfuge anzunehmen ist, untersucht. Der klinische Befund ergab jedes Mal das Vorhandensein des Schenkelkopfes in der Leistenfurche und die mechanische Unmöglichkeit, denselben auf die hintere Fläche des Darmbeins zu reluxiren. In 24 Fällen zeigt das Aktinogramm den Schenkelkopf außer jeder Lagebeziehung zur rudimentären Pfanne; derselbe steht oberhalb derselben in der Höhe der Spina ant. inf., oder selbst noch etwas höher. Diese Fälle betreffen vorwiegend doppelseitige Verrenkungen. In 27 Fällen reitet der Schenkelkopf auf dem oberen Pfannenrand, genau so wie bei einem nicht behandelten Fall von Subluxation. 5mal steht der Schenkelkopf unmittelbar über der Sitz-Darmbeinfuge, ohne dass irgend welche knöcherne Stützung desselben ersichtlich ist. 32 Aktinogramme zeigen den Schenkelkopf zwar ebenfalls etwas excentrisch zum Pfannenmittelpunkt gestellt, aber von einem opaken, weit ausladenden, mit scharfer lateraler Kante endigenden Pfannendach überragt. Es handelt sich in diesen Fällen um einen Ausbau oder eine Erweiterung des oberen Pfannenrandes, um eine Art Pfannenwanderung. Dass es sich hier um Neubildungsvorgänge handelt, beweisen die in vielen Fällen deutlich vorhandenen stalaktitenähnlichen Knochenwucherungen am oberen Pfannenrand, vor Allem aber ein Fall, in welchem sich nach der Reposition mittels Arthrotomie die intakt gelassene, rudimentäre Pfanne derart umgestaltet hat, dass der obere Pfannenrand in seiner horizontalen Erstreckung vollkommen einem nach unten gekehrtem Schwalbennest gleicht. Selbstverständlich müssen diese Fälle zu den auch in anatomischer Beziehung gelungenen gerechnet werden. 47 Aktinogramme zeigen eine thatsächliche Einschachtelung des Schenkelkopfes in die erweiterte rudimentäre Pfanne, so dass man den Eindruck einer anatomischen Restitution derselben erhält. Zuweilen kann man kaum einen Unterschied zwischen dem Aktinogramm eines reponirten und eines normalen Hüftgelenks finden. Lässt man die Fälle von vollständiger oder unvollständiger vorderer Reluxation nach oben und selbst die Fälle von aktinographisch zweifelhafter Stützung des noch annähernd im Pfannenniveau stehenden Schenkelkopfes vollkommen bei Seite und zieht man lediglich jene Bilder in Betracht, bei welchen der Schenkelkopf unter einem umgestalteten oder neugebildeten Pfannendach ruht, so stehen den 56 mangelhaften oder suspekten anatomischen Resultaten immer noch 79 gute anatomische Resultate gegenüber; trotz der noch mangel-

haften Retentionstechnik entsprechen demnach den im Durchschnitt sehr befriedigenden, häufig sogar alle Erwartungen übertreffenden funktionellen Resultaten der unblutigen Reposition schon gegenwärtig zum mindesten in der Hälfte der Fälle auch gleichwerthige anatomische Resultate. Einer verbesserten Retentionsmethode wird es hoffentlich gelingen, den Procentsatz der letzteren in Zukunft noch zu steigern. Was das funktionelle Resultat der unblutigen Reposition anbelangt, so ist dasselbe mit Beziehung auf die gewonnene Ausdauer im Gehen fast durchwegs ein sehr zufriedenstellendes und sofortiges, mit Beziehung auf die Gleichmäßigkeit des Ganges bleibt es in letzter Linie abhängig von dem Grad der erreichbaren Restitution der Muskelkraft. Immerhin haben schon die bisherigen Erfahrungen gezeigt, dass das Luxationshinken im Laufe der Zeit entweder fast gänzlich verschwindet, wie in sehr vielen Fällen schon heute konstatirt werden kann, oder sich zum mindesten auf einen kaum mehr störenden Rest verliert. Was den kosmetischen Erfolg der unblutigen Reposition anbelangt, so ist derselbe ein sofortiger und namentlich gegenüber der komplexen Rumpfdeformität der mit doppelseitiger Luxation behafteten Kinder ein imponirender. Man kann ruhig sagen, dass die unblutige Repositionsbehandlung ihre Indikation schon wegen des kosmetischen Effekts der Verwandlung der Zickzackkarrikatur der Körpergestalt bei doppelseitiger Verrenkung in normale Körperformen behaupten würde, auch wenn dieselbe sonst gar nichts zu leisten vermöchte. Zum Beweise dessen demonstrirt L. 33 Profilphotogramme von mit doppelseitiger Hüftverrenkung behaftet gewesenen Pat., welche ihre ganz gerade Körperhaltung seit Jahr und Tag unverändert beibehalten haben, ohne irgend welchen Stützapparat zu tragen.

Trotzdem nicht in Abrede gestellt werden kann, dass die Retention noch mancher Verbesserung bedarf, ehe es ihr gelingen wird, den reponirten Schenkelkopf öfters als bisher in der Pfanne zu erhalten, so steht doch fest, dass die Frage nach einer rationellen Therapie der angeborenen Hüftverrenkung auch durch die gegenwärtige Entwicklung der unblutigen Repositionsbehandlung der Lösung um ein Bedeutendes näher gebracht scheint. (Selbstbericht.)

---

96) **Hoffa** (Würzburg). Über die moderne Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

Nach den Fehlresultaten, die die rein orthopädische Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen (v. Volkmann, Hessing) gab, kam zunächst die Periode der blutigen Operationen, der Resektionen (Margary), der Periost-Knochentransplantationen (König) und der eigentlichen blutigen Reposition des Kopfes in eine neugebildete Pfanne (Hoffa-Lorenz). Der Periode der blutigen Operation folgte dann die der unblutigen, in der wir uns zur Zeit noch befinden.

H. hat an einem Material von 127 Fällen das unblutige Verfahren 170mal, und zwar an 84 einseitigen und 73 doppelseitigen Luxationen, verwendet.

Er konstatirt, dass es nach Paci's Methode bei jungen Kindern gelingt, eine wirkliche Reposition zu erzielen, hat aber die Nachbehandlung dann stets nach Lorenz geübt, rechnet also die so erreichten Resultate zu denen der Lorenz'schen Methode. So hat er die Methode Paci-Lorenz 71mal, die Methode von Schede 22mal, die von Mikulicz 9mal erprobt. 25 Fälle wurden schließlich nach einer eigenen Methode behandelt, die sich aus den bei den übrigen Fällen genannten Resultaten und pathologisch-anatomischen Untersuchungen an Präparaten und bei blutigen Operationen ergab.

Das im Allgemeinen gewonnene Urtheil H.'s geht dahin, dass die bei der unblutigen Behandlung erzielte Reposition nur selten bestehen bleibt; in der Regel ist das Endresultat nur eine Transposition des Kopfes nach vorn und oben unterhalb oder neben die Spina ilei anterior superior. Die funktionellen Resultate sind aber auch bei den Transpositionen oft relativ sehr günstige, da der transponirte Kopf unterhalb oder neben der Spina ilei anterior inferior einen festen Widerhalt am Becken findet.

Im Einzelnen gestalteten sich die Ergebnisse der Nachuntersuchung unter stetiger Kontrolle des Röntgenbildes folgendermaßen.

1) Methode Lorenz:

Zur Feststellung der gewonnenen Resultate sind bei den folgenden Betrachtungen nur diejenigen Fälle herangezogen, bei denen die Behandlung abgeschlossen ist, so zwar, dass die Pat. mindestens $^1/_2$ Jahr lang ohne jeden Verband gegangen sind. So kommen für die Methode Lorenz 64 Fälle in Betracht, 42 einseitige und 22 doppelseitige Luxationen im Alter von 2—8 Jahren. Bei allen diesen Fällen ist die Reposition geglückt. Die forcirte Streckung hat jedoch bei älteren Kindern, namentlich bei doppelseitigen Luxationen, eine große Reihe von Nachtheilen gezeitigt (Quetschungen der Weichtheile, Einreißen der Vulva, Vereiterungen der Hämatome in der Adduktorengegend, einmal eine Fraktur des Oberschenkels bei einem rachitischen Kinde, vor Allem aber in 2 Fällen völlige Lähmung des Ischiadicus. Ein Kind ist an den Folgen der Operation nach 24 Stunden im Chok gestorben. Es ist daher nicht rathsam, die Reposition bei älteren Kindern zu forciren. Das 8. Lebensjahr bildet wohl die Grenze für einseitige, das 6. Lebensjahr für doppelseitige Luxationen. Bei älteren Pat. gelingt es zuweilen, die Reposition ohne Gefahr zu erzielen, nachdem man durch wiederholte präliminare Traktionen in Narkose den Schenkelkopf vorher mobilisirt hat.

Von den 42 einseitigen Luxationen blieb die dauernde Reposition in 4 Fällen bei jüngeren Kindern bestehen, bei dem ältesten 6jährigen Kind ist jetzt das Bild vorhanden, wie es etwa einer Coxa vara entspricht. Die 3 anderen sind als völlig geheilt zu betrachten. Einmal ist völlige Reluxation erfolgt. 25mal wurde eine Transposition



des Kopfes nach vorn und oben, 11mal nach vorn und neben die Spina ilei anterior inferior konstatirt. Bei den Transpositionen fühlt man den Kopf entweder nach unten und innen von dem vorderen oberen Darmbeinschenkel, oder nach vorn und außen von diesem. Der Schenkelhals steht in der Regel völlig sagittal und der Trochanter major oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie. Die Beine stehen in der Regel abducirt und nach außen rotirt. Bei den Transpositionen nach vorn und oben ist das Trendelenburg'sche Phänomen in der Regel verschwunden und dem entsprechend das funktionelle Resultat in der Regel ein gutes.

Bei den Transpositionen neben die Spina ist das kosmetische und funktionelle Resultat schlechter, der Trochanter springt dann meist stark hervor und die Kinder knicken beim Gehen noch mehr oder weniger stark ein. Auch mit den transponirten Beinen können die Kinder in der Regel ohne zu ermüden den ganzen Tag umherspringen.

Von den 22 doppelseitigen Luxationen im Alter von $1^3/_4$ bis 8 Jahren ist 3mal beiderseitig völliges Recidiv erfolgt, 4mal fand sich Reposition auf der einen und Transposition des Kopfes auf der anderen Seite. 15mal fand ich eine beiderseitige Transposition der Köpfe nach vorn und oben oder nach vorn und neben die Spina. Bei diesen letzteren Fällen ist das funktionelle und kosmetische Resultat ein befriedigendes.

Neubildungen von Knochen an der Pfanne hat H. nicht konstatiren können. Röntgenbilder können nur dann zur Entscheidung dieser Frage herangezogen werden, wenn die Pat. in verschiedenen Stadien der Reposition bei genau derselben Beckenneigung, bei genau gleichem Abstand der Röhre, über genau demselben Punkte des Beckens geröntgent worden sind. Über das Vorhandensein der Pfanne giebt das Röntgenbild auch unsichere Auskunft. Der Mangel einer jeden Pfanne ist eine außerordentlich große Seltenheit.

2) Methode Schede:

Die Resultate der Schede'schen Behandlung gestalteten sich folgendermaßen:

Bei 13 einseitigen Pat. im Alter von von $6^1/_2$—16 Jahren wurden als Dauerresultate konstatirt: 1 Reluxation nach hinten, 7 Transpositionen des Kopfes nach vorn, 5 Transpositionen neben der Spina. Bei doppelseitigen Luxationen im Alter von 7—13 Jahren 1 Reluxation, 1mal Transposition nach vorn, 4mal Transposition neben die Spina. H. hat die Schede'sche Methode nur bei älteren Kindern verwerthet und war sich von vorn herein bewusst, dass er bei diesen keine Reposition, sondern nur eine Transposition des Kopfes erzielen würde. H. schildert ausführlich die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei kongenitalen Hüftluxationen und zeigt an einer großen Anzahl anatomischer Präparate, dass schon etwa vom 7. Lebensjahre an Schenkelkopf und Pfanne solche Veränderungen eingehen,

dass eine wirkliche Reposition dann gar nicht mehr möglich ist. Der Kopf kann dann im günstigsten Falle in das Niveau der Pfanne heruntergezogen und mit einem Theil in die Pfanne implantirt werden. Ein wirkliches koncentrisches Umfassen des Kopfes von Seiten der Pfanne ist aber nicht mehr möglich.

3) Methode Mikulicz:

H. hat, wie er bereits früher schon mitgetheilt hat, die ursprüngliche Mikulicz'sche Methode so modificirt, das er zunächst die Schenkelköpfe nach Lorenz reponirt, sie dann für 2—3 Wochen in Abduktion und Einwärtsrotation eingipst und sie dann auf den Mikulicz'schen Lagerungsapparat bringt, so zwar, dass die Beine auf diesem in Abduktion und Einwärtsrotation gehalten werden. H. hat die Methode in dieser Weise nur bei ganz jungen Kindern mit doppelseitigen Luxationen verwendet. Bei den 7 Kindern, bei denen die Behandlung abgeschlossen ist, wurden 4 völlige Heilungen erzielt und 3mal Repositionen nach vorn und oben, aber ebenfalls mit ausgezeichnetem funktionellem Resultat.

4) Methode Hoffa:

Schon im ersten Jahre nach der Publikation von Lorenz über seine unblutige Behandlung ergab sich H. die Thatsache, dass bei der Methode in der Regel nur Transpositionen des Kopfes nach vorn entstehen. Als Ursache hierfür sieht H. 1mal an das Vorhandensein eines Ligamentum teres, das, wenn es vorhanden ist, in der Regel hypertrophisch ist und daher die dauernde Reposition unmöglich machen wird, indem es sich zwischen Kopf und Pfanne einklemmt. Weiterhin ist dann die Methode der Lorenz'schen Nachbehandlung zu beschuldigen. Der stark nach außen rotirte Schenkelkopf muss bei allmählicher Verminderung der Abduktion und funktioneller Belastung des Beines an der, eine schiefe Ebene darstellenden Pfanne in die Höhe gleiten, um so mehr als bei der in der Regel bestehenden Anteversion des Schenkelhalses der Kopf bei stärkerer Außenrotation direkt von der Pfanne abgehebelt wird.

H. ist desshalb von der Lorenz'schen Methode der Nachbehandlung abgegangen und fixirt nunmehr nach pathologisch-anatomischen Untersuchungen und den bei blutigen Operationen gewonnenen Erfahrungen das Bein nach der Reposition in Abduktion und Innenrotation.

Auch die Reposition selbst hat H. modificirt, indem er das flektirte, abducirte und nach außen rotirte Bein wie einen Pumpenschwengel unter allmählich mehr und mehr zunehmender Hyperextension in der Horizontalen hin und her führt. Er dehnt sich so die vordere Pfannentasche sehr gut aus und hebelt schließlich den Kopf in die Pfanne hinein, indem er seinen Vorderarm unter den Trochanter legt und denselben kräftig in die Höhe drückt. Der Gipsverband, welcher das Bein nachträglich fixirt, reicht bis zu den Malleolen

herab und wird dem Becken und der Trochantergegend gut anmodellirt.

Die Methode hat bei 17 einseitigen und 3 doppelseitigen Luxationen im Alter von $1^1/_2$—13 Jahren folgende Resultate ergeben. Von den 17 einseitigen Fällen sind 9 völlig geheilt. 8mal ist eine Transposition der Köpfe nach vorn erfolgt. Bei den 3 doppelseitigen Luxationen ist 1mal völlige Heilung, 1mal Transposition nach vorn und oben, 1mal Transposition nach vorn und neben die Spina zu Stande gekommen.

Wenn von völliger Heilung gesprochen wird, so ist immer zu bedenken, dass eine absolut normale Heilung bei den bestehenden Defekten nicht zu erwarten ist, dass vielmehr stets nur das unter dem gegebenen Umstand Erreichbare gemeint ist.

Ein Überblick über die Resultate der unblutigen Operationen ergiebt, dass sich die ursprünglich von Lorenz gehegten Erwartungen nicht erfüllt haben. Immerhin sind die funktionellen Resultate in der größten Überzahl befriedigende.

Kommt man nun mit dem unblutigen Verfahren nicht zum Ziel, treten auch nach wiederholten Versuchen Reluxationen ein, oder lassen die funktionellen Resultate zu wünschen übrig, so bleiben jetzt noch die blutigen Methoden übrig.

H. ist nach wie vor mit seinen Resultaten, die er bei jüngeren Kindern mit der Hoffa-Lorenz'schen Operation erzielt hat, sehr zufrieden. Er demonstrirt der Versammlung einige einseitige und doppelseitige Luxationen, die er vor 3—4 Jahren blutig operirt hat. Die Kinder weisen ideale Heilresultate auf. H. empfiehlt seine blutige Operationsmethode nur für Kinder bis zu etwa dem 8. Lebensjahre. Bei älteren Kindern treten in Folge der anatomischen Veränderungen am Schenkelkopf leicht Ankylosen ein.

Bei älteren einseitigen Luxationen empfiehlt er die schiefe subtrochantere Osteotomie. Bei älteren doppelseitigen Luxationen die von ihm sog. Pseudarthrosenoperation, deren Resultate von Paradies mitgetheilt worden sind. Es wird eine Pat. demonstrirt, die vor 5 Jahren nach dieser letzteren Methode operirt worden ist und die ebenfalls ein tadelloses Heilresultat aufweist. Beide letztgenannte Operationen geben überhaupt so gute funktionelle Resultate, dass sie wohl empfohlen zu werden verdienen: Es ist jedenfalls viel rationeller, diese an sich ja ganz ungefährlichen Operationen auszuführen, als durch forcirte unblutige Repositionsversuche oft unheilbaren Schaden zu stiften. (Selbstbericht.)

---

97) **Petersen** (Bonn). Über die unblutige Reposition der angeborenen Luxation der Hüfte.

Vortr. berichtet unter Verweisung auf eine Arbeit in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie über die letzten Erfahrungen und Versuche Schede's in Bonn.

Von übermäßiger Forcirung ist wegen übler Erfahrungen abgesehen; durch das Arbeiten mit messbaren Zugkräften hat sich eine Zugskala für Kinder verschiedenen Alters und Konstitution ausbilden lassen.

Eine wirkliche Restitution des Gelenks ist nur in wenigen Fällen (von 161 Fällen, davon einige 70 doppelseitig, nur in 8 ein- und 2 doppelseitigen; allerdings sind die noch nicht abgeschlossenen günstigen Fälle nicht mitgezählt) erreicht und hat hier verhältnismäßig wenig Schwierigkeiten gemacht.

Meistens tritt eine Abweichung in eine der von Lorenz und Hoffa dargelegten Transpositionsstellungen ein, und wir sind damit im Wesentlichen auf den bescheidenen Standpunkt von Paci zurückgekommen, und die Resultate damit sind aber auch nicht zu unterschätzen, wenn auch nur langsam zu erreichen. Da die verschiedenen sekundären Transpositionsstellungen nicht gleichwerthig, schlägt Redner vor, durch aktive Manipulationen den Kopf in das Stellungsoptimum, möglichst weit einwärts und aufwärts in den keilförmigen Raum zwischen vorderer Beckenwand und Weichtheilen, also in eine Art Luxatio pubica einzurammen und zu fixiren.

Für eine dritte Gruppe von Fällen, wo scheinbar günstige Pfannenverhältnisse bei der Reposition bestehen, und doch eine Retention am Pfannenort nicht gelingt, scheint eine bei dem Bonner Material außerordentlich häufig beobachtete Deformität von hervorragender Wichtigkeit zu sein, nämlich die Verbiegung des Schenkelhalses und Kopfes nach vorn, welche zugleich auch in recht hohen Graden von 60—90° und selbst darüber nicht selten beobachtet ist. Um bei den höheren Graden dieser Verbiegung den Kopf der Pfanne gegenüber zu stellen ist eine entsprechende Einwärtsrotirung des Beines nothwendig, wofür sich klinisch und auch ad oculos durch Röntgenphotographie Belege erbringen lassen. Eine später bestehende Außenrotation deutet immer auf Abweichung vom Pfannenort hin.

Die Konsequenzen aus diesen Beobachtungen sind:

1) Im ersten Stadium der Nachbehandlung Gipsverband in mäßiger Abduktion und entsprechender Einwärtsrotation. Mittel dazu: Miteinbeziehen der Füße in den Verband.

2) Im Stadium der funktionellen Belastung wird die Innenrotation durch Rotationsvorrichtung an den Verbänden und Schienen garantirt. In schweren Fällen von Eversion des Kopfes ist letzthin die Osteotomia subtrochanterica in Anwendung gezogen, um annähernd normale Konfiguration des oberen Femurendes herbeizuführen, in der Art, dass das an einem eingeschlagenen Stahlnagel fixirbare Trochanterende durch einen Assistenten in der gewünschten Einwärtsrotation erhalten wird, während das durch Osteotomie beweglich gemachte untere Femurende in normale Stellung, Patella nach vorn, zurückgedreht wird. Die Osteotomie erfolgt nach vorbereitendem Eingipsen in Innenrotation; der Nagel bleibt 5 Wochen liegen. Spätere Behandlung wie sonst üblich. Die Resultate bisher sind in Folge ver-

schiedener Misserfolge, schlechte Stellung der Fragmente, Abgleiten vom Pfannenort, noch nicht glänzend zu nennen, haben sich aber mit zunehmender Erfahrung gebessert, und einige Fälle mit bisher (2 bis 3 Monate nach der Osteotomie) vollkommenen Resultaten sind zu verzeichnen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Drehmann (Breslau) zeigt verschiedene Röntgenphotogramme, welche darthun, dass in einem vor 2 Jahren eingerichteten Fall eine knöcherne Regeneration der Pfanne in der Gegend des oberen Pfannenrandes und dadurch eine Vertiefung der Pfanne zu Stande gekommen ist, die dem Schenkelkopf größeren Halt verleiht.

Mikulicz (Breslau) verfügt über ca. 100 eigene Beobachtungen von angeborener Hüftverrenkung. Er ist der Ansicht, dass die Leistungen der verschiedenen unblutigen Repositionsverfahren zur Zeit ungefähr gleich sind, oder dass ein Vergleich derselben eher zu Gunsten des von ihm angegebenen und benutzten Apparats ausfällt. Die Fälle, die zur Reposition kommen, sind durchaus verschiedenartig; diejenigen, in denen die Luxation im späteren intra-uterinen Leben, vielleicht kurz vor oder in der Geburt (bei Steißlagen) zu Stande kam, bieten eine bessere Prognose. Das Repositionshindernis liegt zumeist in der Kapsel; es kommt leicht zur Interposition derselben zwischen Kopf und Pfanne. Diese lasse sich leichter durch allmähliche Dehnung und durch langsames Vorgehen — wie bei Anwendung seines Apparats — vermeiden. — Zur Beseitigung der Lordose empfiehlt M. einen einfachen Rückenpanzer mit Symphysengurt (Demonstration). Bei den blutigen Operationen hat M. auch bei ganz aseptisch verlaufender Operation mehrfach langdauernde Steifigkeit der Gelenke beobachtet. Er empfiehlt desshalb, bei der Operation den Knorpelüberzug von Kopf und Pfanne oder wenigstens einen von beiden zu erhalten und so ausgedehnte Verwachsungen zu verhüten.

Heusner (Barmen) benutzt einen ähnlichen Apparat wie Schede zur Extension und Einrichtung der angeborenen Hüftverrenkung. (Demonstration.)

Er hält etwa 10% aller Fälle für gut geeignet zur unblutigen Einrenkung, in 30—50 weiteren Procent lässt sich durch eine gut und jahrelang durchgeführte Nachbehandlung noch ein günstiges Resultat (Einführung des Kopfes in die Pfanne) erzielen. H. hält nach beendigter Reposition Stellung in Einwärtsrotation für nothwendig. Diese erhält er in einem besonderen Apparat durch die Wirkung einer Spiraldrahtfeder. Dann verwendet er ein Hessingsches Stützkorsett mit seitlichen Federn und hinterem Scharnier. Auch einen portativen Apparat, ähnlich dem Mikulicz', demonstrirt H.

Hoeftmann (Königsberg) ist der Meinung, dass die Drehung des Schenkelhalses eine erhebliche Rolle bei der Erhaltung der Re-

position und des funktionellen Resultats spielt, und dass der Schenkelkopf bewusst unter das Lig. Bertini reponirt werden sollte, was durch Auswärtsrotation erreicht und festgehalten werden könne.

Langer (München) verlangt bei Verwendung von Röntgenbildern stets 2 Aufnahmen — in Innen- und in Außenrotation —; nur dadurch lassen sich Irrthümer bei den Bildern vermeiden, bei denen ohnedies die Dislokation nach hinten gar nicht zum Ausdruck kommt. Diese lasse sich nur durch Palpation feststellen. L. hat bei gelungener Reposition und bei knöcherner Wandhemmung schon nach 5monatlicher Behandlung Heilung erzielt. Meist sind seine Resultate funktionell gut, anatomisch minderwerthig. Besonders lässt die Dauerhaftigkeit der gewonnenen Resultate zu wünschen übrig. L. verlangt desshalb Nachbehandlung mit Apparaten auf Jahre hinaus. Dabei muss vor Allem die Reluxation nach hinten, in zweiter Linie die nach oben verhütet werden. L. empfiehlt dafür einen besonderen Beckenring.

Kümmell (Hamburg) hat bei 50 Pat. ca. 66 Repositionen ausgeführt, dabei nur in 11 Fällen den Kopf in die Pfanne gebracht, aber auch er hat durch Transposition des Kopfes günstige funktionelle Resultate erzielt. Zur Erzielung einer guten Fixirung des Kopfes empfiehlt er den einfachen Gipsverband, der gewiss auch die Schrumpfung der umgebenden Gewebe und Bänder 'befördert.

Lorenz (Wien) hebt im Schlusswort hervor, dass die von ihm gezeigten Photogramme, welche seine kosmetischen Erfolge demonstriren sollen, von Kindern stammen, welche mindestens 1 Jahr frei herumgegangen sind. Die Beseitigung der Lordose ist also als dauernd zu betrachten, und die Resultate der unblutigen Reposition sind als funktionell gute zu bezeichnen. **F. Kramm** (Karlsruhe).

---

98) **Sudeck** (Hamburg). Zur Anatomie und Ätiologie der Coxa vara adelescentium.

Die Resultate der Arbeit sind in folgenden Schlusssätzen zusammengefasst:

1 Das Knochenbälkchensystem des Oberschenkelhalses, das dem Oberschenkel die Zugfestigkeit verleiht (der Zugbogen), verläuft nicht nur in frontaler Richtung, sondern auch in der schrägen Frontalebene von hinten unten nach oben vorn. Es bestehen also Einrichtungen, die normaliter den Schenkelhals gegen Verbiegung nach unten und nach hinten schützen. Bei einer hypothetischen Insufficienz des gesammten Zugbogensystems ist desshalb eine Verbiegung nach unten und nach hinten vorauszusehen.

2) Da bei der Coxa vara adolescentium die Verbiegung in diesen beiden Richtungen eintritt, so kann diese Erkrankung als der Ausdruck einer Insufficienz des gesammten Zugbogensystems bezeichnet werden.

3) Es besteht beim Erwachsenen eine Einrichtung, die durch vermehrte Ablagerung von Knochensubstanz in dem Zugbogensystem die Zugfestigkeit des Schenkelhalses erhöht in Gestalt einer äußerlich sichtbaren Knochenleiste, die sich vom oberen Gelenkknorpel des Schenkelkopfes über die Mitte des Schenkelhalses erstreckt und in ihrer ganzen Ausdehnung den Scheitelpunkt des Zugbogens bezeichnet.

Obgleich diese Verstärkungsleiste des Zugbogens einen regelmäßigen und nur individuell variirten Befund darstellt, ist sie bisher den Autoren entgangen.

4) Diese Verstärkungsleiste ist bei jugendlichen Individuen nicht vorhanden. Ihre Bildung kann man in der Pubertätszeit beobachten. Bei Kindern bleibt der ursprünglich knorplig angelegte Schenkelhals in seinem vorderen oberen Umfang noch lange knorplig, d. h. an dieser Stelle ist die Epiphysenlinie, die an den übrigen Schenkelhalstheilen durch Verknöcherung bereits in 2 Theile (die Epiphysenlinie des Trochanter major und die des Schenkelkopfes) getrennt ist, in ihrer Kontinuität bestehen geblieben.

Während der Pubertätszeit trägt der Schenkelhals nur noch an seiner kopfwärts gelegenen Seite vorn und oben einen Knorpelüberzug, der mit dem Gelenkknorpel kommunicirt.

Durch Verknöcherung dieses Knorpels entsteht die Verstärkungsleiste des Zugbogens, und zwar gleichzeitig mit der Verknöcherung der gesammten Epiphysenlinie. Die Verstärkungsleiste ist im Grunde als eine epiphysäre Bildung anzusehen.

5) Auf geeignet angelegten Frontalschnitten (der vorderen Hälfte des coxalen Femurendes) erkennt man nicht nur die Verstärkungsleiste, sondern überhaupt die ganze Epiphysenlinie als einen Theil und eine wesentliche Verstärkung des Zugbogens.

6) Die bisher gelieferten genauen makroskopischen und mikroskopischen Beschreibungen von frischen Coxa vara-Fällen haben eine pathologisch-anatomische Grundlage, die ätiologische Erklärungen geben könnte, nicht ergeben, vielmehr im Gegentheil festgestellt, dass speciell Rachitis nicht die Ursache sein kann.

Es ist an sich durchaus erklärlich, dass die Insufficienz des Zugbogens, in der das Wesen der Coxa vara besteht, ohne pathologisch-anatomische Veränderung der Knochensubstanz einfach durch relative Überbeanspruchung des Zugbogens zu Stande kommen könne, d. h. also z. B. dadurch, dass dem jugendlichen Schenkelhals die Funktionen des erwachsenen Schenkelhalses zugemuthet werden, denen er aus den erörterten physiologischen Gründen nicht gewachsen sein kann.

7) Da diese Annahme in den Schilderungen der Autoren auf das deutlichste nachweisbar ist — denn wir sehen, dass fast ausschließlich Jünglinge betroffen sind, die wie Männer arbeiten —, so können wir ungezwungen die alleinige Ursache der Coxa vara adolescentium in dem Mißverhältnis zwischen Ausbildungsstadium und Bean-

spruchung des jugendlichen Schenkelhalses oder mit anderen Worten einer relativen Überbeanspruchung sehen.

Dass stets nur das Zugbogensystem, nicht aber das System der Druckbälkchen primär erkrankt, liegt an den Beziehungen des Zugbogens zu den Epiphysenlinien. (Selbstbericht.)

99) **Sprengel** (Braunschweig). Demonstration eines nicht operirten und eines operirten Falles von Coxa vara traumatica.

Vortr. begründet an der Hand der ausführlicher mitgetheilten Krankengeschichte die im nicht operirten Falle gestellte Diagnose auf Coxa vara traumatica.

I. Es spricht für Coxa vara im Allgemeinen:

1) der Umstand, dass es sich um ein männliches Individuum am Ende der Wachsthumsperiode handelt;

2) das Vorhandensein der klassischen Coxa vara-Symptome: Hochstand des Trochanter, Außenrotation, Adduktion.

II. Es spricht für Coxa vara im engeren, Kocher'schen Sinne:

1) die Hochgradigkeit der Kontraktur, die um so stärker sein muss, je näher die Veränderung dem Gelenk liegt;

2) das im Röntgenbild deutlich erkennbare pilzartige Überragen des unteren Kopfrandes;

3) das normale Verhalten des Schenkelhalswinkels.

III. Es spricht für Coxa vara traumatica:

1) der Nachweis des Trauma;

2) die absolute klinische Übereinstimmung mit den früher beobachteten und anatomisch untersuchten Fällen.

Der springende Punkt für die definitive Entscheidung ist das Trauma. In den Fällen, wo ein solches in der Anamnese nicht prägnant hervortritt, sprechen folgende Momente für die traumatische Entstehung:

1) das plötzliche Auftreten der Krankheit;

2) das Bestehen heftiger, bald verschwindender Schmerzen zu Anfang derselben;

3) Die Einseitigkeit der Erkrankung.

4) das Fehlen sonstiger Belastungsdeformitäten.

An dem zweiten, durch Beckenwandschnitt oberhalb des Trochanters resecirten Fall demonstrirt Vortr. das gewonnene Resultat. Dasselbe ist orthopädisch vollkommen, da das Hüftgelenk in abducirter Stellung, fest und mäßig beweglich ist; funktionell lässt es bisher noch zu wünschen übrig, da Pat. beim Gehen ohne Stock nicht unerheblich einknickt. Weitere Besserung dürfte nicht ausgeschlossen sein. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Hofmeister (Tübingen) betont, dass zur Unterscheidung der typischen Coxa vara von der traumatischen Epiphysenlösung die genaue

Anamnese des Falles nur ausschlaggebend ist. Das akute Schmerzstadium entwickelt sich gewöhnlich erst im Verlauf der Coxa vara. In einem Falle, der resecirt wurde, ergab das Röntgenbild eine Fraktur in der Nähe der Epiphysenlinie. Hier bestand vielleicht die Fraktur schon vor der Coxa vara. Aus dem Röntgenbild allein lässt sich aber nicht entscheiden, ob die Verbiegung statischer oder traumatischer Natur ist..

Joachimsthal (Berlin) zeigt das Röntgenbild eines 6jährigen Pat., der nach Sprung durch einen Reifen Schmerzen in der rechten Hüfte bekam und zu hinken anfing. Der Fall bot das typische Bild der Coxa vara; im Röntgenbild erscheint die Epiphysenlinie am rechten Femurkopf verdickt und geknickt. Es handelt sich einfach um eine traumatische Epiphysenlösung. Symptome von Rachitis bestehen nicht. Auffallend ist das geringe Trauma und das jugendliche Alter.

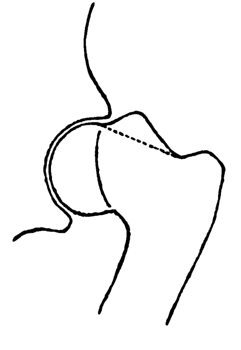
Hoffa (Würzburg) empfiehlt zur Operation die schiefe Osteotomia subtrochanterica und Tenotomie der Adduktoren.

Lauenstein verweist auf ein von ihm beschriebenes Präparat von Coxa vara, wo jede Spur von Fraktur fehlte. L. hält an dem Vorkommen einer nicht traumatischen Coxa vara fest.

Kocher (Bern) betont, dass Coxa vara durch subcapitale Schenkelhalsfraktur allmählich und durch traumatische Epiphysenlösung plötzlich entstehen kann. K. citirt einen Fall, wo ein Pat. auf das Knie gefallen war, heftige Schmerzen im Knie bekam und Symptome einer Gelenkmaus bot; es handelte sich jedoch um Coxa vara mit traumatischer Epiphysenlösung. Die Wahl des Operationsverfahrens, ob Resektion oder Osteotomie, hängt von der Steifigkeit des Gelenks ab; ist dieselbe hochgradig, erscheint die Resektion besser.

Sprengel (Braunschweig) betont, dass erst die nachträglichen anatomischen Befunde den Anlass zur Auffindung der früheren Traumen als Ursache der Coxa vara in seinen Fällen gaben. Auf dem Schenkelhals lagert sich ein Sporn von Knochengewebe ab, der zur Anpassung an die neuen Belastungsverhältnisse dient. S. hält die Schenkelhalsfraktur im jugendlichen Alter für viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. **Jaffé** (Hamburg).

Henle (Breslau) führt aus, dass in der Breslauer Klinik bei der Operation von 4 Fällen von Coxa vara jedes Mal eine scharfe Abknickung des Halses gefunden wurde. Geheimrath Mikulicz ging desshalb so vor, dass er den die Abduktion durch Anstoßen an den oberen Pfannenrand hindernden Knochenwulst in der Richtung der punktirten Linie mit Hammer und Meißel entfernte, in gleicher Weise auch den vorn gelegenen, die Innenrotation hemmenden Vorsprung abtrug. Die Wirkung war jedes Mal eklatant; die voher gehemmten Bewegungen wurden in ausreichendem Maße möglich. (Selbstbericht.)



100) **Hoffa** (Würzburg). Zur Behandlung der habituellen Patellarluxation.

Bei einem 14jährigen Mädchen mit habitueller, auf Schlaffheit der Gelenkkapsel beruhender Patellarluxation hat H. mit sehr gutem Erfolg die Le Dentu'sche Operation, d. i. Bloßlegung der Kapsel auf der medialen Seite, Faltung der Kapsel dortselbst in Form einer Wurst und festes Vernähen des so entstehenden Stranges, ausgeführt.

(Selbstbericht.)

101) **F. Franke** (Braunschweig). Über Ostitis fibroplastica.

Bei einem 52jährigen Manne, der 2 Monate vor der Aufnahme in das Krankenhaus unter den Erscheinungen einer subakuten Kniegelenksentzündung (Rheumatismus) erkrankt war, welche wegen Auftreibung der Außenseite des unteren Femurendes und dadurch bedingten Verdachts auf Sarkom die Operation erforderte, fand sich eine vollständige entzündliche Knochenerweichung des unteren Femurendes auf die Länge von 10—12 cm. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass das Knochen- und Markgewebe vollständig durch mehr oder minder frisches Bindegewebe ersetzt war, das an einzelnen Stellen elephantiastisches Aussehen bot, an anderen die deutlichen Zeichen der Entzündung. In diesem Bindegewebe waren noch reichliche, kleinste Sequesterchen enthalten, die sämmtlich nur die Spuren der einfachen Aufsaugung ohne Betheiligung von Osteoklasten aufwiesen. Jede Andeutung von Knochenneubildung, auch am Periost, fehlte, Cysten waren nicht vorhanden. Da der Kranke während der Beobachtung im Krankenhaus eine Ostitis des Metatarsus V durchmachte, die wieder zurückging, so handelt es sich am Femur auch höchstwahrscheinlich um eine besondere subakute Ostitis, die nicht zur Vereiterung, sondern zur Bindegewebsbildung geführt hat. Vielleicht ist die Erkrankung zu vergleichen mit der traumatischen Spondylitis (Kümmell) und ist vielleicht eine traumatische Knochenerweichung, da der Kranke 8 Monate zuvor einen schweren Fall auf das erkrankte Knie erlitten hat, nach dem er noch lange gelahmt haben soll. Es besteht aber auch der Verdacht, dass die Influenza in der Ätiologie der Krankheit eine gewisse Rolle gespielt hat. Ob die Erkrankung der erste Schritt zur Paget'schen Ostitis deformans und Recklinghausen's fibröser Ostitis war, bleibt dahingestellt.

(Selbstbericht.)

102) **Borchardt** (Berlin). Sarkom der Fußwurzelknochen.

Dem Vortrag liegt folgende Beobachtung zu Grunde:

Ein 47jähriger Herr litt seit 10 Jahren im Anschluss an einen Sprung von der Pferdebahn an Schmerzen im rechten Fuß. Da ein geringer Plattfuß vorlag, so wurden seine Klagen als Plattfuß-

beschwerden gedeutet. Trotz geeigneter Behandlung trat allmählich Verschlechterung ein; erst im Laufe des letzten Jahres machte sich unterhalb des Fußgelenks eine Schwellung bemerkbar, die aber noch immer ihrem Wesen nach unklar blieb. September 1898 wurde ein Röntgogramm angefertigt, auf dem sich eine Aufhellung sämmtlicher Fußwurzelknochen, vor Alllem aber des Talus und Calcaneus zeigte, bei auffallend gut erhaltenen Gelenkkontouren. Die Diagnose wurde umgeändert, es konnte sich nur um Tumor oder Tuberkulose handeln. Eine Probepunktion, die etwas Blut und Gewebspartikelchen herausbeförderte, entschied die Frage zu Gunsten einer Geschwulstbildung. 11. Oktober 1898 Ablatio cruris. Komplikationslose Heilung.

Auf einem Sagittalschnitt durch den Fuß sieht man 2, wie es zunächst scheint, völlig verschiedene Tumoren; der eine, welcher den Talus ausfüllt, erscheint als harte, weiße, homogene Masse und gleicht einem Fibrom resp. Fibrosarkom, der andere, welcher den Calcaneus zerstört hat, glich einer blutrothen, schwammigen Geschwulstmasse, die man ohne Weiteres für ein reifes Sarkom halten musste. Der Gelenkknorpel hat sich im Allgemeinen als sehr widerstandsfähig erwiesen; nur an einzelnen Stellen, vor Allem an der Unterfläche des Calcaneus, ist er zerstört, und die Geschwulst ist hier in die Weichtheile durchgebrochen.

Mikroskopisch erwies sich die Talusgeschwulst zunächst als außerordentlich zellarm, wie ein Fibrom, während der Calcaneustumor den typischen Bau eines sehr zellreichen Riesenzellensarkoms aufwies. Trotz der großen Differenz beider Bilder handelt es sich doch nur um ein und denselben Tumor; denn zwischen den geschilderten extremen Bildern finden sich alle nur erdenklichen Übergänge. Je näher dem Calcaneus, um so zellreicher wird der Talustumor, um so mehr schwindet die Intercellularsubstanz. Dazu kommt, dass in den vorderen Partien der Knorpelbelag zwischen Talus und Calcaneus zerstört ist, dass hier die Geschwulst also aus dem einen Knochen in den anderen eingebrochen ist, so dass an der Identität beider Tumoren nicht gezweifelt werden kann.

Zur Entscheidung der Frage, wo und wie sich der Primärtumor entwickelt hat, half wesentlich der Befund zweier kleiner typischer Chondrome am Os cuneif. III. und am Metatars. III. Bei genauer Inspektion des Talustumors ließ sich nun erweisen, dass große Partien dieser Geschwulst den typischen Bau des proliferirenden Chondroms zeigten. Damit war die Genese klar.

Es handelt sich um einen primären Talustumor, der hier als Chondrom angelegt war. Dieses Chondrom hat aus irgend welchen Gründen sarkomatösen Charakter angenommen, ist in den Calcaneus durchgebrochen und hat hier unter besonderen statischen und Ernährungsverhältnissen den Charakter des Riesenzellensarkoms bekommen.

Der Fall ist zunächst von Interesse wegen seiner Seltenheit. Sarkome der Fußwurzelknochen sind nicht häufig, primäre Sarkome des Talus sind Raritäten.

Sodann ist der Fall von besonderer Bedeutung wegen der diagnostischen Schwierigkeiten, die er geboten. Was den Verdacht auf Tumorbildung nicht aufkommen ließ, das war der protrahirte Verlauf (10 Jahre reichen die ersten Erscheinungen zurück).

Auffallenderweise bietet die Litteratur dafür Analoga. Unter 15 Fällen von Sarkom des Calcaneus finden sich nicht weniger als 4, in denen die Erkrankung länger als 5 Jahre bestand. Diese für Entwicklung maligner Tumoren ungewöhnliche Thatsache erklärt sich unschwer nur mit der Annahme, dass in einem verhältnismäßig großen Procentsatz der Fälle sich die Sarkome der Fußwurzelknochen aus Anfangs gutartigen Tumoren entwickelten. Von diesen gutartigen Tumoren kommen eigentlich nur Osteome und Chondrome in Betracht; letztere sind im Vergleich zu den ersteren häufiger, und es erscheint höchst wahrscheinlich, dass sie für die Entwicklung der bösartigen Geschwulst die größte Bedeutung haben. Auf die Genese der Fußwurzelsarkome wird in Zukunft genauer zu achten sein; vielleicht lässt sich in manchen Fällen die Entstehung aus Chondromen, wie in unserer Beobachtung, nachweisen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Schuchardt (Stettin) hat ebenfalls seiner Zeit ein primäres Riesenzellensarkom des Talus beschrieben. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

103) **L. Heusner** (Barmen). Über Ätiologie und Behandlung des angeborenen Klumpfußes.

Man nimmt gewöhnlich an, dass ein Theil der angeborenen Klumpfüße auf falscher Anlage bei der ersten Bildung, ein größerer Theil durch Druck seitens der Gebärmutter in den späteren Schwangerschaftsmonaten entsteht. Ich glaube, dass erstere Erklärungsweise nur für eine ganz begrenzte Anzahl von Klumpfüßen in Betracht gezogen werden kann, dass letztere aber überhaupt falsch ist. Der Uterus wird während der Schwangerschaft nicht mechanisch von dem heranwachsenden Kinde aus einander gedrängt, sondern er wächst aktiv mit, entsprechend der Vergrößerung seines Inhalts. Er liegt daher niemals hart und drückend, sondern immer weich und nachgiebig den Organen des Kindes auf, auch wenn nur wenig Fruchtwasser vorhanden ist.

Selbst bei den keineswegs seltenen sog. trocknen Geburten, wobei das Fruchtwasser gänzlich fehlt, kommen die Kinder in der Regel nicht deform zur Welt. Die Füße und Beine des Kindes selbst müssten vermöge ihrer zahlreichen Gelenke vor einem partiellen Druck der Gebärmutterwand zurückweichen. Käme dennoch ein Klumpfuß durch eine derartige Druckwirkung einmal zu Stande, so

müsste er nicht mit Spitzfuß, sondern mit Hackenfuß vergesellschaftet sein. Die viel citirten »Druckschwielen«, welche man auf den vorstehenden Knochenkanten des äußeren Fußrandes bei klumpfüßigen Kindern nicht selten antrifft, sind nach den Untersuchungen Volkmann's keine eigentlichen Schwielen oder Verdickungen, wie z. B. die Hühneraugen, sondern vielmehr atrophische Hautstellen, bei welchen sowohl die Epidermis als das Rete Malpighi nebst Drüsen und Fettgewebe ganz dünn und spärlich sind, die Cutispapillen vollständig fehlen. Es kann sich hier also nicht um Druckspuren aus der späteren Fötalzeit handeln, sondern man muss annehmen, dass die Hautschichten in Folge zu engen Aufliegens des Amnions auf Skelettvorsprüngen nicht zur normalen Entwicklung gelangt sind.

Anders ist es, wenn der Reiz zum Wachsthum des Fruchthalters in Folge Absterbens des Fötus aufhört, oder wenn sonstige Abnormitäten die Vergrößerung nicht gestatten.

Ich reiche hier zwei Föten herum, von denen der größere, etwa 6½ Monate alt, den ich der Güte des Herrn Kollegen Linkenheld in Elberfeld verdanke, einer Tubenschwangerschaft ohne alles Fruchtwasser entstammt, während der jüngere, etwa 4 Monate alte, von einem gewöhnlichen Abortus herrührt, aber höchst wahrscheinlich längere Zeit im Uterus abgestorben gelegen hat. Sie bemerken bei beiden Föten, dass der linke Fuß in hochgradiger Klumpfußstellung steht, die bei dem größeren mit Spitzfuß, bei dem kleineren mit Hackenfuß vergesellschaftet ist. Die beiden rechten Füße stehen in stärkster Hackenfußstellung und sind dabei, eben so wie die linken, in unregelmäßiger Weise platt und schief gedrückt. In ähnlicher Weise wie die Füße sind die Hände deformirt; auch Rumpf und Kopf zeigen deutliche Druckwirkungen. Ich will auf die Einzelheiten nicht näher eingehen; sie beweisen alle, dass Föten, die sich in einer gepressten Lage befinden, die Wirkungen hiervon am ganzen Körper an sich tragen, nicht an den Füßen allein, und dass die entstehenden Verbildungen ganz unregelmäßiger Art sind und durchaus nicht einen bestimmten Typus haben wie beim angeborenen Klumpfuß.

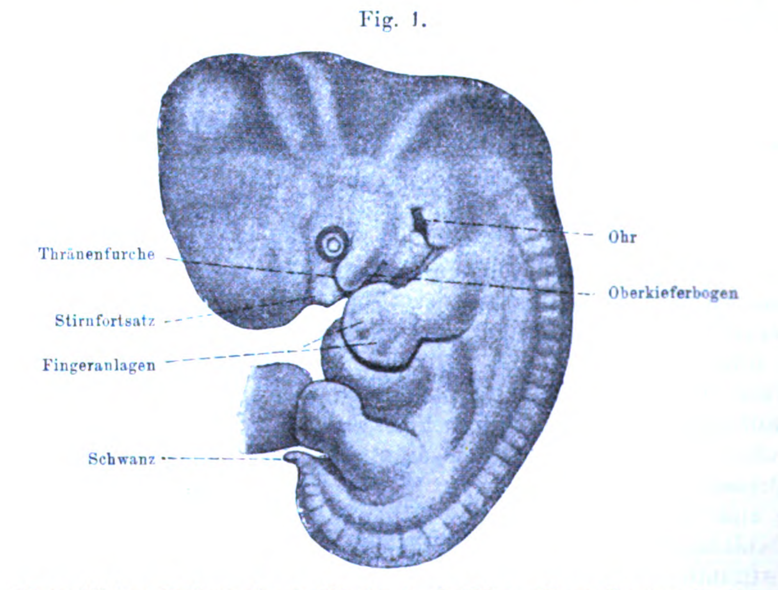
Ich lege dann noch zwei weitere Föten aus dem 3. Monat vor, von denen der eine die normale gebeugte Haltung der Kniee und Füße zeigt. Bei dem anderen stehen die Beine in ziemlich gestreckter Stellung. Die Füße zeigen Supination, Spitzfuß und Inflexion des Innenrandes, also echte Klumpfußstellung, die auch wohl bis zur Geburt bestehen geblieben wäre, wenn nicht die Schwangerschaft vorzeitig unterbrochen worden wäre. Ich bemerke ausdrücklich, dass diese frühzeitigen, vor Entwicklung der Muskulatur ausgebildeten Klumpfüße kein durch ein zu enges Aufbewahrungsgefäß bedingtes Kunstprodukt sind, sondern dass der Fötus mir ganz frisch in diesem Zustand übergeben worden ist.

Wenn ich nun aus den angeführten Gründen eine Druckwirkung in den späteren Schwangerschaftsmonaten als Ursache des angeborenen Klumpfußes nicht anerkennen kann, so weist doch anderer-

seits die fast konstante Form der Deformität ihr bald einseitiges, bald doppelseitiges Vorkommen, die Vergesellschaftung von Klumpfuß einerseits mit Plattfuß und Hackenfuß andererseits, unverkennbar auf eine mechanische Ursache hin. Doch muss diese Ursache nicht in Druckwirkung auf die fertigen Fußgebilde, sondern, wie schon Kocher hervorhob, auf eine den Fuß als Ganzes treffende Gewalteinwirkung vor Ausbildung der Gelenke, also vor der achten Lebenswoche bezogen werden. Es fragt sich nur, was für eine Druckwirkung die Füße des Embryo in so früher Zeit treffen kann?

Um die vierte Lebenswoche hat die Frucht eine stark ventralwärts eingerollte Form, so dass Kopf und Schwanzende nur durch den verhältnismäßig dicken Bauchstiel von einander getrennt sind, während die Extremitäten als kurze Stummelchen, die den Bauchrand noch

Fig. 1.



Menschlicher Embryo der 5. Woche (nach His). Vergrößerung 10 : 1.

nicht überragen, zu erkennen sind. In der 5. Woche hat er ungefähr die Gestalt wie dieses vergrößerte Modell, welches nach His, »Anatomie der menschlichen Embryonen«, Tafel 14 Fig. 4, angefertigt ist (Demonstration, vgl. Fig. 1). Er erreicht jetzt eine Größe von ca. $1^1/_2$ cm. Die Einrollung des Kopf- und Schwanzendes ist etwas geringer geworden. Das Amnion liegt dem Körper als verhältnismäßig dicke Hülle ziemlich dicht an und ist, falls es an seinem Kopf- oder Schwanztheil abnorm verengt ist, was keineswegs selten vorkommt, sehr wohl im Stande, abnorme Druckwirkungen auf die Körperorgane auszuüben. Die Extremitäten lassen schon eine Gliederung in 3 Abschnitte erkennen. Die Hälfte ihrer Länge kommt auf die plattenförmigen prankenartigen Endglieder, welche in sagittaler

Richtung mit den Daumen resp. Großzehen nach vorn stehen und die Bauchgrenze ein wenig überragen. Die Ellbogen und Kniee sind nach auswärts, letztere sogar etwas nach rückwärts gerichtet. Die Füße, welche noch keine Andeutung der Ferse haben, sondern in gestreckter Stellung wie die Hände stehen, fassen den nahe dem hinteren Leibesende entspringenden Bauchstiel, bestehend aus dem starken Urachus und dem in Rückbildung begriffenen Dottergang, zwischen sich. Der Bauchstiel, jetzt auch Nabelschnur genannt, geht gewöhnlich rechtwinklig aus dem Leib des Embryo an das Chorion; öfters hat er jedoch seine ursprüngliche Richtung nach rückwärts beibehalten und läuft dann zwischen dem linken Fuß und dem aufgebogenen Schwanzende einerseits und dem rechten, etwas vom Körper abgedrängten Fuß andererseits nach hinten. Ihr an sich beträchtlicher Umfang, welcher jenen der Schenkel übertrifft, wird dadurch noch vermehrt, dass in Folge raschen Wachsthums der Leber gegen Ende des 1. Monats ein oder mehrere Darmschlingen aus dem Bauche durch die Nabelöffnung hinausgedrängt werden. Dieser physiologische Nabelbruch, welcher sich gewöhnlich gegen Ende des 2. Monats wieder zurückbildet, kann um die 6. Woche eine solche Ausdehnung erreichen, dass der Anfang der Nabelschnur fast die Dicke des Leibesumfangs erreicht.

Um diese Zeit — also im Verlauf des zweiten Fötalmonats — vollziehen sich am Körper des Embryo verschiedene unwillkürliche Bewegungen, welche für die Frage der Klumpfußbildung nach meiner Auffassung von Wichtigkeit sind. Zunächst findet eine ziemlich rasche Streckung des eingerollten hinteren Körperendes statt, und die Füße des Embryo müssen dabei an der Nabelschnur, welche sie zwischen sich geklemmt haben, vorübergleiten, bis sie hinter derselben angelangt sind, worauf die Fußsohlen gegen einander zu liegen kommen. Ferner vollzieht sich die physiologische Drehung der Extremitäten um ihre Längsachse, indem die Ellbogen sich nach hinten, die Kniee dagegen nach vorn richten. Diese Bewegung beruht aber wahrscheinlich nicht auf einer Spiraldrehung der Gliedmaßen selbst, sondern auf einer Verschiebung ihres Standpunktes: beim Bein nach unten und ventralwärts, beim Arm nach oben und dorsalwärts. Endlich bildet sich jetzt auch die Dorsalflexion der Füße aus, durch welche letztere rechtwinklig zum Unterschenkel zu stehen kommen. Wenn nun der Anfangstheil der Nabelschnur stark verdickt, oder die Schwanzkappe des Amnions zu eng angelegt ist, oder wenn gar beide Momente zusammentreffen, so können die Füße zwischen Nabelschnur und Amnion eingeklemmt und festgehalten werden. Beim Weiterschleifen in dem engen Spaltraum müssen dann die Füße, die noch ganz aus kleinzelligen, weichen Blasten bestehen, über die Vorderkante verbogen werden, besonders nach ihrem dünneren hinteren Ansatzpunkt zu. Indem ferner die Kniee ihre Drehung nach vorn vollziehen, die Fußplatten aber in sagittaler Richtung festgehalten werden, müssen letztere in supinirte Lage gegen den Unterschenkel gerathen.

Durch Behinderung der rechtwinkligen Aufbiegung der Füße endlich werden letztere in ihrer ursprünglichen Haltung, d. h. in Spitzfußstellung, verharren müssen. Während nun die Füße in ihrer fehlerhaften Stellung festgehalten werden, d. h. um die 5.—6. Woche, findet die Umwandlung und Konsolidirung des bis dahin häutig-bindegewebigen Skeletts in Knorpelmasse statt und beginnt die Ausbildung der Gelenke.

Nach dieser Anschauung fällt also die Entwicklung des Klumpfußes ungefähr in die 6. Embryonalwoche, und die Knorpel und Gelenke werden nicht normal ausgebildet und dann deformirt, sondern sie werden in dem verbogenen Vorgebilde von vorn herein fehlerhaft angelegt. Man gewinnt auch ein Verständnis dafür, das der Pes varus gewöhnlich nach drei Richtungen verbildet erscheint, und dass alle Knochen und Gelenke dabei betheiligt sind, um so mehr, je weiter man von der Spitze nach der Fußwurzel rückwärts geht.

Der Umstand, dass der rechte Fuß um etwa $^1/_4$ häufiger betroffen ist als der linke, erklärt sich daraus, dass derselbe durch die Nabelschnur stärker abgedrängt und gegen das Amnion verlagert wird.

Durch Kollisionen besonderer Art können statt des Klumpfußes auch leicht einmal Hackenfuß oder Plattfuß zur Entwicklung kommen. Die Erblichkeit des Fehlers würde sich erklären durch forterbende Neigung zur Ausbildung eines zu engen Amnions oder eines stärkeren physiologischen Nabelbruchs. Das häufige Zusammentreffen des Klumpfußes mit Spina bifida, Gehirndefekten, Mangel von Gliedmaßen nnd anderen Deformitäten ist nicht als Beweis von fehlerhafter Keimanlage aufzufassen, sondern diese Missbildungen sind ebenfalls eine Folge fehlerhafter Anlage des Amnions. Roser hat bekanntlich das Vorwiegen des Klumpfußes bei Knaben, der angeborenen Hüftluxation bei Mädchen auf verschiedene Haltung der unteren Gliedmaßen bei beiden Geschlechtern während der Fötalzeit zurückgeführt. Nach Untersuchungen, die ich mit Herrn Dr. Markwald an 51 Embryonen verschiedenen Alters ausgeführt habe, beruht das häufigere Vorkommen der angeborenen Hüftluxation bei Mädchen darauf, dass bei ihnen die Hüftgelenke meistens schwächer und schlaffer angelegt werden als bei Knaben, so dass irgend eine Gewalteinwirkung, auch die von Roser hervorgehobene starke Beugestellung der Schenkel im Uterus, genügt, um den Kopf heraustreten zu lassen. Für das Vorwiegen des Klumpfußes bei den Knaben lässt sich aber nicht ohne Weiteres ein Verständnis gewinnen. Dies wäre erst möglich, wenn sich ein Einfluss des Geschlechts auf die Momente, welche nach obiger Auffassung den Klumpfuß zu Wege bringen, nachweisen ließe, wenn sich z. B. der physiologische Nabelbruch bei Knaben stärker entwickelt fände als bei Mädchen.

Liest man die neueren Abhandlungen über die Behandlung des Klumpfußes, so strömen sie, wie schon Bradford bemerkt, meist über von den vortrefflichsten Erfolgen; macht man dann selbst seine Erfahrungen, so findet man, dass doch noch Manches zu wünschen

übrig bleibt. Zwar sind die Schwierigkeiten des ersten gründlichen Redressements durch die Einführung der gewaltsamen Reduktionsmethoden von Delore, Vincent, Wolff, König, Lorenz u. A. beseitigt; aber es fehlt noch immer an geeigneten Hilfsmitteln, das Erreichte festzuhalten[1].

Namentlich der elastische Widerstand hochgradiger Kinderklumpfüße, welche der Gewalt nachgeben, um nachher stets wieder in die fehlerhafte Form zurückzufedern, ließ sich mit den seither zu Gebote stehenden Hilfsmitteln oft nicht gründlich und dauernd genug überwinden. Auch gegen die öfters nach erfolgreicher Behandlung zurückbleibende Einwärtsrotation der Füße, deren Beziehungen zum Klumpfuß noch nicht ganz aufgeklärt sind, stand uns ein einfaches und doch wirksames Mittel nicht zur Verfügung.

Es gelang mir nun zunächst, für letzteren Fehler mit Hilfe der von mir in die Orthopädie eingeführten flachen Spiralschiene aus Stahldraht einen eben so handlichen als wirksamen Apparat zu konstruiren, welchen ich Ihnen hier vorzeige. — Auf den beiden Enden einer geraden Serpentinenschiene (Fig. 2, 1) werden die Schuhe des Kindes mit den Spitzen nach außen — also sagen wir in auswärts rotirter Fußstellung — befestigt (vgl. Fig. 2, 2), indem man die rundgebogenen Federenden nach der Art von Sporen in die Absätze der Stiefelchen einschiebt. Ich habe die Federn früher auf die Sohlen aufnähen lassen; dies hatte aber den Nachtheil, dass das Anziehen der Schuhe schwieriger war, und die Federn, welche immer in derselben Richtung gebogen wurden, allmählich erschlafften. Die Kinder behalten den Apparat des Nachts an und können sich damit ziemlich frei im Bett bewegen, da die Feder nach allen Richtungen nachgiebt, um schließlich aber immer wieder in ihre Anfangsstellung zurückzustreben. Ich will hier gleich einschalten, dass sich die Vorrichtung auch gegen fehlerhafte Auswärtsstellung der Füße, wie sie z. B. nach unblutiger Einrenkung der angeborenen Hüftluxation zurückzubleiben pflegt, benutzen lässt; man muss nur die Schuhe umkehren und mit der Spitze nach einwärts befestigen (vgl. Fig.2, 3).

[1] Delore aus Lyon wandte schon 1860 die »forcirte Massage« an, indem er mit voller Kraft beider Hände in oft mehr als halbstündiger Arbeit den Fuß ummodellirte »en lui imprimant méthodiquement et progressivement des mouvements de redressement«. Nachdem dann Jomard und Lériche 1871, Bailly 1882 an Leichenversuchen nachgewiesen hatten, dass durch das gewaltsame Redressement nur kleinere Einreißungen von Bändern und Fascien, bei vorgeschrittener Verknöcherung allenfalls auch Abreißungen von Periostlappen und Knochenschälchen, aber niemals Verletzungen von Nerven und Gefäßen erzeugt werden, gingen Trélat und Vincent bei älteren Klumpfüßen zur Anwendung von Maschinenkraft über. Vincent nannte sein Verfahren »modelage du pied bot à moyen de l'osteoclaste Robin« oder »Tarsoplacie«. Es bestand darin, dass er den Klumpfuß unter Berücksichtigung seiner 3 fehlerhaften Komponenten in einer einzigen Sitzung maschinell korrigirte. Der Schritt bis zu den neueren Redressionsmethoden, insbesondere zu dem 1895 veröffentlichten »modellirenden Redressement« von Lorenz ist, wie man sieht, kein sehr großer.



Nachdem ich mich von der Wirksamkeit dieses einfachen Apparats gegen die Einwärtsstellung überzeugt hatte, suchte ich denselben auch zur Korrektion der Supination nutzbar zu machen, und auch dies gelang mir in einfacher Weise, indem ich die beiden Enden der Feder, welche die Schuhe tragen, stumpfwinklig empor-

Fig. 2.

bog, so dass die Beinöffnungen der Schuhe einander entgegen gerichtet werden. Um sich diese Wirkung klar zu machen, stelle man sich vor, dass z. B. der rechte Fuß statt auf dem Federende auf dem Fußtheil einer Volkmann'schen Schiene befestigt wäre. Man würde dann durch Einwärts- oder Auswärtsbewegen des oberen Schienenendes den Fuß nach Belieben proniren oder supiniren können. Statt

dessen ist nun der Fuß (resp. Schuh) auf einem der emporgebogenen Federenden befestigt. Bewegt man das freigebliebene Federende nach einwärts, indem man dasselbe zu dem linken Schuh herunter biegt und hier festmacht, so wird der rechte Fuß durch die Feder in Pronation gedrängt, und da die Verhältnisse am linken Fuß genau dieselben sind, in gleicher Weise auch dieser.

Fig. 3.



Um sich hiervon zu überzeugen, bitte ich Sie diese kleine Pat. anzusehen, die den Apparat trägt und längere Zeit damit behandelt worden ist (vgl. **Fig.** 3). Sie sehen, dass ihre Füße in starker Pronation und Auswärtsrotation stehen und mit Energie in diese Stellung zurückschnellen, wenn ich sie supinire, einwärtsrotire und dann plötzlich loslasse. Sie bemerken ferner, dass die Füße durch die Feder auch dorsalwärts flektirt werden, eine Folge der Aufwärtsbiegung der beiden Federenden. Jede widerstrebende Bewegung der Füße wird von der Feder mit einem Gegendruck im Sinne der Korrektion beantwortet; sie wirkt in der That so, als wenn ich mich vor das Kind hinstelle, seine Füße mit meinen Händen ergreife und dieselben anhaltend in Pronation, Dorsalflexion und Auswärtsrotation dränge. Vorbedingung ist freilich, dass die Füße in den Schuhen unverrückbar festgehalten werden, damit sie die Drehungen, welche die Feder den Schuhen aufzwingt, auch wirklich mitmachen und nicht, wie es gewöhnlich bei dem Scarpa'schen Apparat geschieht, in den Schuhen unvermerkt ihre fehlerhafte Stellung wieder einnehmen.

Man erreicht dies, indem man einen weichen Lederkragen oder »Spannlasche« um den Knöcheltheil des Fußes befestigt und die vom unteren Rand der Lasche ausgehenden 3 Paar Befestigungsbänder durch Löcher im Obertheil der Schuhe unter die Sohlen leitet, wo sie paarweise zusammengebunden werden. Bei den fetten runden Füßchen kleiner Kinder, wo die Lasche leicht abrutscht, kann man dieselbe dadurch haftbarer machen, dass man die Haut vorher mit dem Harzspray bestäubt, welchen ich für meinen Extensionsverband angegeben habe (vgl. Deutsche med. Wochenschrift 1895 No. 52). Natürlich darf man hierbei keine Strümpfe anziehen lassen, sondern muss die Lasche auf die bloße Haut legen. Das Einstäuben mit Klebestoff bietet schon bei der gewaltsamen Redression eine werthvolle Hilfe, indem die Hände von der Haut nicht so leicht abgleiten. Wie man sieht, wirkt bei unserem Apparat der rechte Fuß durch Vermittlung der Feder korrigirend auf den linken, und umgekehrt der

linke auf den rechten. Hat man es daher mit einem einseitigen Klumpfuß zu thun, so muss man den gesunden Fuß, damit er nicht auch beeinflusst und in Plattfußstellung gedreht wird, durch eine feste Lederkapsel schützen (vgl. Fig. 2, 5). Durch entsprechende Befestigung der Federenden an den Schuhen konnte man statt der Pronation nach Belieben auch eine künstliche Klumpfußstellung beider Füße erzwingen (vgl. Fig. 2, 6), und es wäre wohl möglich, dass ein derartiger Apparat bei der Behandlung des Plattfußes gute Dienste leistete, doch habe ich die Sache noch nicht versucht.

Wie verhält es sich nun mit den Resultaten dieser Behandlungsweise?

Das $4^1/_2$jährige Mädchen, welches ich Ihnen soeben mit dem Apparate vorstellte, ist seit ihrem ersten Lebensjahr wegen äußerst hochgradiger und hartnäckiger doppelseitiger Klumpfüße von mir behandelt worden, ohne dass es mir gelang, den Fehler zu heilen. Ich habe nicht weniger als 10mal die gewaltsame Redression in Narkose vorgenommen, 2mal beide Achillessehnen durchschnitten, 1mal die Phelps'sche Operation auf beiden Seiten ausgeführt. Am schlimmern rechten Fuß habe ich eine Stärkung der geschwächten Peronäen dadurch herbeizuführen gesucht, dass ich die Sehne des Tibialis anticus abschnitt und an die des Peronaeus longus überpflanzte. Dazwischen wurde fleißig manuell redressirt, massirt, fixirende Verbände angewendet. Es war Alles vergebens. Einen theilweisen Erfolg erzielte ich erst, als ich die Feder zur Auswärtsrotation Nachts über tragen ließ. Die Heilung kam in wenigen Monaten zu Stande, als ich die neu konstruirte Klumpfußschiene in Anwendung brachte. Das Kind ist seit ca. 1 Jahre aus dem Krankenhaus entlassen; nach Mittheilung der Mutter zeigen aber noch jetzt die Füße, wenn man die Feder einige Tage weglässt, eine Neigung, rückfällig zu werden. Dennoch werden Sie, wenn ich jetzt die Schuhe ausziehen lasse, sich überzeugen, dass die Heilung eine vollkommene ist: die Pat. kann sich niederhocken, ohne dass die spitzwinklig gebogenen Füße den Fußboden verlassen.

Der zweite mitgebrachte Pat. ist dieser 6jährige Knabe, den mir Herr Kollege Cramer aus Wiesbaden vor einem halben Jahr als einen äußerst hartnäckigen Fall von linksseitigem Klumpfuß überwiesen hat (Fig. 4).

Dieser Pat. ist besonders interessant wegen des Zusammentreffens von Klumpfuß mit Abnormität des Amnions, wovon er unverkennbare Spuren an sich trägt. Er litt nämlich bei der Geburt an Syndaktylie sämmtlicher Finger, die jetzt durch wiederholte Operationen von Herrn Kollegen Cramer beseitigt ist. Außerdem fehlten ihm an der rechten Hand die beiden äußeren Glieder sämmtlicher Finger. Denselben Fehler bemerken Sie an den mittleren Fingern der linken Hand. Am kleinen Finger und Ringfinger sind die Endglieder, wenn auch in verkürzter Form, vorhanden, zeigen aber deutliche Schnürfurchen. Die Fingerkuppen dieser Hand waren bei der Geburt mit

Wundflächen bedeckt, wie sie durch Abreißen amniotischer Verwachsungen bedingt werden, und um die Schnürfurchen waren Simonart'sche Fäden gewickelt, welche von der Hebamme entfernt wurden. Herr Dr. Cramer theilte mir mit, dass er den Klumpfuß während $5^1/_2$ Jahren mit stets wiederholten forcirten Redressirungen und Gipsverbänden und in den Pausen mit Scarpa'schen Schuhen behandelt habe, dass aber der Klumpfuß stets wieder rückfällig geworden sei. Ich habe nur noch einmal die Redression in Narkose mit anschließendem Gipsverband vorgenommen, dann Nachts die Feder, am Tage einen gewöhnlichen Schuh tragen lassen. Sie sehen, dass auch dieser Pat.



Fig. 4.



sehr schön ohne Schienenschuh geht und sich niederhocken kann, ohne dass die Sohle den Boden verlässt. Eine gewisse Neigung zum Rückfälligwerden machte sich jedoch auch bei ihm bemerkbar, sobald einige Zeit eine schwächere Feder angewandt wurde.

Man muss eben wenigstens 1—2 Jahre den Apparat Nachts tragen lassen, um definitive Heilung zu erlangen.

Mein Heilverfahren ist jetzt ein sehr einfaches: Gewaltsames Redressement in Narkose in der bekannten Weise, eventuell mit Durchschneidung der Achillessehne; einige Wochen nachfolgender Gipsverband. Dann alle Verbände weg; am Tage läuft das Kind in gewöhnlichen Schuhen umher, des Nachts erhält es meine Schiene.

So lange der Widerstand der Füße noch beträchtlich ist, muss der Pat. auch einen Theil des Tages mit dem Apparat im Bett verbringen; in dem Maße, als die Heilung fortschreitet, wird die Zeit, wo er auf sein darf, verlängert. Massage, Elektricität, Schienenstiefelchen wende ich in der Regel nicht mehr an; die beste Kräftigung der Muskulatur ist das Umherlaufen ohne beengenden Apparat. Dagegen lege ich Werth auf mehrmals täglich zu wiederholende manuelle Redression. Auch ist es von Wichtigkeit, mit dem Gebrauch der Feder nicht gewaltsam vorzugehen, sondern mit einer schwächeren Nummer zu beginnen und dieselbe Anfangs nur stundenweise tragen zu lassen. Man sollte sich wenigstens in den ersten Wochen täglich selbst davon überzeugen, dass der Apparat richtig angelegt wird und richtig funktionirt, um Druck und Misserfolg zu vermeiden. Die Beihilfe einer intelligenten und engerischen Mutter ist hierbei wie bei den meisten anderen orthopädischen Kuren von größtem Nutzen.

(Der Apparat, mit drei Federn ausgerüstet, kann bezogen werden von Lütgenau & Co., Fabrik chirurgischer Instrumente in Krefeld, an welche ein Paar bequem sitzende Schnürstiefelchen von normaler Form einzusenden ist.) (Selbstbericht.)

---

104) **Neuber** (Kiel). Zur Klumpfußbehandlung.

N. benutzt seit vielen Jahren einen Klumpfußapparat[1] mit hinterer Schiene und Doppelscharnier dicht oberhalb der Hacke. Unterschenkel und Fuß liegen in einem Schnürschuh aus starkem Lasting, elastische Züge ziehen von der Spitze und vom Seitenrand der eisernen Sohle zum Unterschenkel, wo sie in Kniehöhe an einer eisernen Spange Befestigung finden. Vor Anlegung des Apparats muss der Fuß herumgestellt sein event. nach vorheriger Sehnen- resp. Bänderdurchschneidung oder keilförmiger Osteotomie. Nach dem Redressement liegt der Apparat, unter allmählicher Anspannung der Züge, etwa 14 Tage, wird hernach täglich Zwecks Ausführung von Manipulationen und Massage vorübergehend entfernt, später des Tags durch einen Schienenstiefel ersetzt, des Nachts jedoch noch monate- resp. jahrelang getragen. Mechanische Übungen in Pronations- und Beugeapparaten verstärken die Wirkung.

Falls erforderlich, durchschneidet N. die Achillessehne von einem Längsschnitt aus, welcher an der Grenze des unteren und mittleren Unterschenkeldrittels liegt. Der Triceps surae besteht an dieser Stelle etwa zu $^2/_3$ seines Querschnitts aus Muskel-, zu $^1/_3$ aus Sehnengewebe. Letzteres wird von beiden Seiten her quer durchschnitten, die davor befindliche Muskelsubstanz des Soleus nur gedehnt und darauf die äußere Wunde geschlossen. Somit bleibt die Kontinuität der Gewebe erhalten, und die Gefahr einer Nichtvereinigung — welche in einigen Fällen beobachtet wurde — ist ausgeschlossen. (Selbstbericht.)

[1] Ursprünglich vom Instrumentenmacher Beckmann angegeben.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin. **F. König,** in Berlin. **E. Richter,** in Breslau.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. **Sonnabend, den 30. December.** **1899.**

Medicinischer Anzeiger.


Georg Haertel, Breslau, nur Albrechtstr. 37,
Instrumentenmacher der chirurg. Univ.-Klinik (v. Mikulicz), Breslau, der Frauenkliniken Bonn (Fritsch) und Breslau (Küstner).
Drahtsägen nach Kusy-Gigli (mein D. R. G. M.)
und deren Einführungs-Instrumente.
D. R. G. M.
Georg Haertel BRESLAU
Geräthe
aus dem von mir ausgestatteten
asept. Operationssaal
des Herrn Geh.-R. v. Miculicz.
Prospekte hierüber auf Wunsch.
Meine Adresse und Vornamen Georg bitte genau zu beachten.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.







